

Психотерапия

Искусство постигать природу

Psychotherapy

The Art of Wooing Nature

Sheldon Roth, M.D.



Jason Aronson Inc.
Northvale, New Jersey
London

Шелдон Роут

Психотерапия

Искусство постигать природу

Перевод с английского

Москва
«Когито-Центр»
2002

УДК 615.851
ББК 88
Р 79

Перевод с английского под общей редакцией
В. И. Белопольского

Научный редактор
А. М. Боковиков

Научный консультант
К. В. Ягнюк

Р 79 Роут Шелдон
Психотерапия: Искусство постигать природу / Пер. с англ.– М.: «Когито-Центр», 2002.– 346 с. (Современная психотерапия)

УДК 615. 851
ББК 88

Работа известного американского психоаналитика Шелдона Роута освещает многие темные пятна в психотерапевтической практике. Несмотря на то, что главы этой книги называются по-разному, содержание каждой из них посвящено переносу, его многочисленным граням и оттенкам, а также его влиянию на успех или неудачу психотерапии.

Книга принесет несомненную пользу тем, кто готовит себя к карьере психоаналитика, специалистам-психологам, психотерапевтам, а также всем интересующимся проблемами психоанализа.

ISBN 0-7657-0252-5 (англ.)
ISBN 5-89353-043-8 (рус.)

Содержание

Благодарности

К сожалению, одной страницы благодарностей в книге по психотерапии явно недостаточно, поэтому я не могу перечислить здесь всех пациентов, в чью жизнь мне было позволено войти. Тем из вас, мои пациенты, кому удастся взглянуть на эту страницу, я выражаю мою непреходящую благодарность за ваше доверие и признательность за возможность работать вместе с вами.

Очень много я почерпнул также от моих стажеров, практикующихся в психиатрии, психологии и других науках, относящихся к области психического здоровья, которые помогли мне прийти к пониманию того, как надо объяснять сложные вещи. Действительно, значительная часть книги представляет собой собрание комментариев, которые могут оказаться полезны как студентам, так и начинающим карьеру коллегам.

Целый ряд учителей и коллег оказали мне неоценимую помощь в работе психотерапевта. Трудно перечислить всех, и я боюсь, что могу пропустить кого-то из них. Многие названы в этой книге, но и вклад остальных я очень ценю. Специально хочу упомянуть недавно умершего Эдвина Семрада, не только как человека, но и как основателя традиции, которую он сам воплощал. Если бы вы попросили меня описать эту традицию, то мой ответ звучал бы примерно так: «Это просто, но сложно; может быть, моя книга поможет объяснить ее лучше».

Особо хочу поблагодарить миссис Элизабет Глиссон Хамез, чья усердная и тактичная работа по редактированию позволила увидеть компонент самоанализа в попытке написать книгу и сердцем, и головой. Окончательная редакторская правка была профессионально выполнена мисс Джуди Гельман и миссис Лори Вильямс из издательского дома Ясон Аронсон Инк. Я бесконечно благодарен д-ру Ясону Аронсону за стимулирующую поддержку этого проекта и за полезные практические советы по его выполнению.

Моей жене, Коре, и моим сыновьям Адаму, Эли и Габриэлу я выражаю особую благодарность за годы любви, учебы и за нескончаемую возможность совершенствования.

Предисловие

Я весьма тронут тем, как прекрасно приняли эту книгу. Удивительно, что постоянный комментарий рецензентов был таков: «Эта книга в той же степени адресована новичку, как и опытному психотерапевту». Как это могло получиться?

Мне вспомнились интересные факты, относящиеся ко времени моего профессионального образования. Тогда вводные лекции по важным дисциплинам читали выдающиеся, авторитетные специалисты. Для этих лекций были характерны очень простые и очень четкие формулировки основных научных принципов — информации, которой мне вполне хватало для дискуссий с людьми, весьма осведомленными в данной области. Однако дальнейшее изучение предмета обычно выталкивало меня из светлой области понимания и погружало в темный туннель путаных представлений. Если я настойчиво следовал за всеми деталями фактов и сомнений по этому лабиринту, то в конце концов я выбирался из дальнего конца туннеля на свет понимания. И когда я позже мог уже участвовать в более сложном обсуждении того же предмета, я убеждался в том, что по-прежнему использую те же основные принципы, которые усвоил вначале. Естественно, это явное понимание было неявно пропитано как знанием, так и незнанием.

В связи с этим меня очень тронуло сознание того, что читатели поняли мое намерение. В начале своей психотерапевтической практики, как и на протяжении всего пути, вплоть до настоящего момента, проблемы, с которыми я боролся интеллектуально и эмоционально, всегда были в своей основе одни и те же. Я постоянно наблюдал, что мое позднее, доставшееся тяжким трудом осмысление предмета было очень близко к моему восприятию многолетней давности. А поскольку эта книга отражает мое переживание психотерапии, в нее включена история моего понимания этой профессии.

Некоторые читатели найдут определенное сходство между процессом обучения и самой работой психотерапевта, бесконечной интеграцией прямолинейных образов прошлого в практичные и узнаваемые понятийные структуры настоящего. У меня нет никаких сомнений, что это так. Психотерапия вылеплена из того же теста, что и хорошее образование.

При написании этого предисловия к новому изданию книги я повторяю, ничуть не меняя, слова благодарности, выраженные в первом издании. Чувства признательности остались теми же, только стали сильнее.

Предисловие к русскому изданию

Бессознательное пронизано любовью. Эта любовь, как стены в зеркальной комнате, отражает всю прежнюю любовь, реальную и воображаемую, обретенную и неизведанную. История наших чувств определяет наш характер и формирует нашу судьбу. С удивительным упорством мы вновь и вновь пытаемся побороть сегодняшнюю реальность с помощью воображаемого прошлого, желая восстановить добро и избавиться от зла. Хотя это может звучать банально, психология каждого человека совершенно уникальна и в интимных проявлениях, в деталях — полна творчества. Бесконечный, вечный поток прозы, поэзии и философии охватывает все таинства прошлого и настоящего, индивидуального и всеобщего, предопределения и свободы. И сквозь чащу противоречивых психических переживаний бредут, спотыкаясь, терапевт и пациент.

Что направляет эту терапевтическую пару, испытывающую на себе действие противоречивых сил, стоящую на перекрестке путей, находящуюся под гнетом неприкрытого страдания? На этот сложный вопрос отвечает название книги: «Психотерапия: Искусство постигать природу». Мастерство психотерапевта в наибольшей степени проявляется тогда, когда своей главной задачей он ставит распознание основных чувственных влечений человека, осознанных и неосознанных, а также доведение добытых им фактов до полного осознания пациента. Поступая таким образом, терапевт не творит любовь, а работает с существующей любовью, бережет ее и заботится о ней. Терапевт должен воздавать должное уже существующей природе, как садовник, который не может относиться к розовому кусту, как к кактусу. Это требует от нас почтительного отношения к индивидуальному для каждого пациента балансу между болью и удовольствием. Любое дезадаптивное психологическое состояние имеет адаптивную грань, и эта адаптивная грань исходит из либидо,

из поиска любви. Нет худа без добра. Способность переносить боль психотерапии и достижение успеха в лечении в существенной степени зависят от того, насколько пациент может переживать себя любящим и любимым человеком. Да, в этом заключается странная фрустрирующая психотерапевта ирония: совершенно неважно, сколько заботы и внимания может проявлять он по отношению к пациенту, неважно и то, насколько искусным оказывается этот психологический садовник, ибо надежда и перспектива изменений в первую очередь зависят от отношения пациента к любви.

Хотя возможности терапевта непосредственно вызывать любовь ограничены, его возможности пробуждать любовь, связанные с искусством работы с переносом, огромны. В отношениях переноса прошлое встречается с настоящим, любовь – с ненавистью; печаль выступает между ними посредником. Агрессия, беда и грусть стремятся обладать своим психологически твердым голосом. Другого пути быть не может, а если он успешен, то влечет за собой скорбь, ограждающую нас от нестерпимого. Несмотря на то, что главы этой книги называются по-разному, содержание каждой из них посвящено переносу, его многочисленным граням и оттенкам, а также заложенным в нем возможностям успеха и неудач. Разновидностей переноса столько же, сколько создающих его людей, то есть целые мириады. Поэтому данная книга может быть только черновиком, а по сути – толчком, требующим дальнейшего развития. В конце концов, у нас есть только один учитель – пациент.

Россия. Я счастлив возможности преподавать здесь, ибо Россия открывает свою душу и сердце психоаналитической терапии. Меня всегда приводила в восхищение та сила интеллектуальной и эмоциональной страсти первых современных российских психотерапевтов, которые хотят научиться и открыться психотерапии, ориентированной на отношения переноса. Их радостное возбуждение вызвало у меня ощущение, словно я присутствую при зарождении психоанализа, которое нашло отражение в описаниях первых открытий Фрейда. Это возбуждение само по себе – значительно, ибо я верю в то, что такая

преданная страсть дойдет до пациентов, станет неотъемлемой частью терапевтического процесса и укрепит надежду, которая поддерживает лечение и задает ему направление. Это часть станового хребта хорошего терапевта, и я восхищаюсь этим качеством, наблюдая развитие российской психотерапии.

Я выражаю свою неизменную признательность доктору Гэри Н. Голдсмиту и доктору Хомеру С. Куртису, сопредседателям Российско-Американского Комитета по Вопросам Образования при Американской Психоаналитической Ассоциации за возможность реализации столь замечательного и полезного проекта. Благо, которое принесла их работа, будет иметь далеко идущие последствия. Я особенно благодарен тем русским из Москвы и Санкт-Петербурга, с которыми мне довелось вместе работать.

Шелдон Роут,
доктор медицины
Ньютон, Массачусетс

Глава 1. Личность терапевта: Почему психотерапия — профессия невозможная?

Специалист, преуспевающий в искусстве и науке психотерапии, хорошо знает, что его профессиональные навыки накапливались не только в процессе напряженной повседневной работы с пациентами, но и в результате углубленного и тщательного самопознания. Базовое образование позволяет нам сформировать объективный, научный взгляд на лечение пациента. Мы учимся распознавать знаки, симптомы, паттерны и клинические синдромы: все они относятся к внешней реальности — к другому человеку, то есть совершенно от нас не зависят. Однако, принимая на себя роль терапевта, мы неожиданно вовлекаемся в особые, органичные отношения с этой аккуратно подобранной коллекцией клинических ярлыков под названием «пациент». Потом, внезапно или постепенно, мы начинаем осознавать, что реальное воздействие на терапевтический процесс оказывают и наши собственные знаки, симптомы, паттерны и особенности поведения. Субъективная интуиция и эмпатия, которые зависят от нашего самосознания и самообладания, становятся неоценимым дополнением к объективному знанию, если мы действительно хотим настроиться на пациента, в море непредсказуемых эмоций которого мы можем либо утонуть, либо с удивительной легкостью поплыть в нужном нам направлении.

Враждебность

И новичка, и опытного терапевта часто поражает та степень враждебности, с которой воспринимаются их добрые намерения. Если, выбирая профессию психотерапевта, человек что-то недооценивает, так это, наверное, ту степень враждебности и отвержения, которые выпадают на его долю при искреннем желании оказать терапевтическую

помощь. Серьезной угрозой для самоощущения личностной целостности и значимости становится решительный отказ пациента принять искреннюю помощь терапевта, отвержение усилий быть полезным, попыток поделиться с пациентом своими наблюдениями, проявляя при этом величайшее терпение и сдержанность. Несмотря на все эти качества терапевта, пациент все равно может объявить его неадекватным, некомпетентным и невнимательным. Чем сильнее у пациента регрессия и чем серьезнее его психические нарушения, тем более разрушительной становится его враждебность. Никто, кроме самых дальновидных психотерапевтов, даже не представлял при выборе этой профессии, какую значительную часть их повседневного опыта будет составлять эта открытая враждебность.

Требуется огромный запас уверенности в собственной ценности и в своих мотивах, чтобы выдержать эмоциональные взрывы пациентов и их нападки, задевающие самооценку психотерапевта. К сожалению, развитию такого ощущения уверенности в себе не принято уделять достаточного внимания ни в процессе обучения терапевта, ни в первые годы клинической практики.

Хороший терапевт — обязательно реалист. Чувство собственной профессиональной компетентности возникает лишь тогда, когда профессиональные навыки терапевта подтверждаются на практике. В начале клинической деятельности терапевту крайне важно пройти хорошее обучение и продолжать работать с супервизорами, впитывая в себя опыт их успехов и неудач. Действительно, даже терапевты с многолетним стажем работы будут рады разделить и бремя собственной неуверенности, и трудности работы с группой на встречах с коллегами, на профессиональных конференциях, при чтении научных журналов. Все это дает возможность для сравнения, подтверждения своих идей и обучения чему-то новому.

Изоляция

Хотя роль психотерапевта выглядит весьма привлекательной для тех, кто испытывает глубокий интерес к жизни и переживаниям других людей, психотерапия — это

профессия, которая парадоксальным образом приводит человека к одиночеству. С окружающими можно поделиться лишь очень немногими из своих повседневных профессиональных забот: отчасти по этическим соображениям, отчасти из-за недостатка времени для полноценного изложения клинического материала, отчасти из-за страха отыгрывания нежелательного контрпереноса. Не менее важно и то, что интенсивный психотерапевтический опыт имеет регрессивный, сновидный характер, и его, как и обычное сновидение, невозможно полностью описать словами. Кроме того, общение с пациентом пробуждает у психотерапевта такое количество защитных инстинктов, что почти сразу же после вхождения в клинический материал у него непроизвольным образом развиваются процессы подавления и вытеснения, способствующие сохранению его здоровья.

Слушание

Раз я начал с указания на тот шквал трудностей, который обрушивается на психотерапевта, наверное, было бы полезно рассмотреть те качества, которыми обязан обладать человек, желающий посвятить себя такой профессии, как психотерапия. Фриде Фромм-Райхманн, заслужившей широкое признание своей высокопрофессиональной работой с пациентами, находившимися в глубокой регрессии или страдавшими серьезными психическими расстройствами, задали вопрос: что, по ее мнению, в психотерапии самое важное? Она ответила: «Если бы меня попросили сформулировать ответ в одном предложении, я бы сказала, что психотерапевт должен уметь слушать» (Fromm-Reichmann, 1950, p. 7). В этом коротком ответе была названа чрезвычайно многоплановая личностная черта, сочетающая в себе много разных явных и скрытых качеств.

Один терапевт, который осознал некоторые глубинные причины удовольствия, получаемого им в процессе слушания, объяснял его так:

> «Моей матери совсем не хватало терпения чему-то меня учить... Например, когда я был маленьким, она как-то

> пыталась научить меня играть в гольф. Каждый раз, когда я ошибался, она приходила в ярость и часто просто не могла себя сдерживать. Ей ничего не стоило ударить меня по руке или по голове!.. Наконец, она от меня отстала и с отвращением сказала: «Пусть тобой займется отец!»
>
> Я чрезвычайно терпелив с моими пациентами ... Я могу слушать, слушать и слушать! У них есть столько времени, сколько нужно... Я знаю, что значит иметь дело с человеком импульсивным, находящимся в состоянии крайнего раздражения и даже ярости... Я буду делать все возможное, чтобы другие меня не воспринимали таким образом».

Женщина-терапевт рассказала эпизод из своего прошлого, который сформировал у нее способность к слушанию:

> «Пытаться как-то разговорить членов моей семьи, заставить их раскрыться — все равно что выдергивать зуб. Я никогда не знала, что у них на уме, и это вызывало у меня состояние крайней фрустрации... именно поэтому терапевтом быть просто прекрасно. Люди не замолкают никогда! Они не хотят уходить, а я могу просто сидеть и слушать... слушать разные истории... это очень успокаивает... С 12 лет я постоянно общалась с друзьями по телефону, а теперь просто перенесла разговоры в свой рабочий кабинет».

Желание слушать должно возникать и как следствие неуемного любопытства по отношению к окружающим; кроме того, оно обязательно должно включать в себя подлинное эмпатическое сопереживание другому человеку. Возникают периодические попытки идентификации: мы то встраиваемся в психику пациента, то отстраняемся от нее. Довольно часто такое встраивание бывает вполне приемлемым, и на какое-то время мы оказываемся на месте пациента. Желание повторять носит навязчивый характер, и люди снова и снова воспроизводят то, что они делали и говорили раньше, иногда с мазохистской целью еще раз пережить собственную неудачу, иногда пытаясь совладать с собой. Терапевт должен оставаться в положении

любителя хорошей музыки, которому не надоедает слушать одни и те же темы и вариации. Хороший терапевт — конечное прибежище людей, страдающих ностальгией; он никогда не устает слушать о старых добрых временах. Прошлое — плохое или хорошее, но никогда не безразличное — это источник настроения, меланхолии, удовольствия и боли, мир героев и злодеев, любви и ненависти. Сравнивая собственное отношение к определенным вещам с тем, как к ним относится пациент, я получаю удовлетворение, восстанавливаю свою самобытность, начинаю все лучше и лучше понимать и уважать себя и поддерживать те же процессы в других людях.

Повторение — повседневное событие в психической жизни большинства из нас. Существуют архетипические переживания, которые мы воспеваем чуть ли не каждый день, подобно священнослужителям, которые, совершая религиозные ритуалы, пересказывают основные события своей истории. Для некоторых людей такое переживание — это мимолетное чувство, имевшее место в прошлом, поражение или успех, потерянная любовь, частично сохранившаяся картина. Для тех же, кому более свойственна навязчивость, повторение может превратиться в тщательно отрепетированную и искусно исполняемую психическую драму. Так или иначе это интрапсихическое явление ежедневно врывается в драматическое межличностное пространство психотерапевтического кабинета, и недостаточный интерес к подобному чуду приведет к тому, что значительная область психической жизни окажется недоступна психотерапии. В подобной микродраме сфокусированы общие закономерности навязчивого повторения.

Иногда мои пациенты недоумевают, как я могу терпеливо выслушивать их бесконечные пересказы. Тогда я им говорю, что уже много лет живу в одном и том же месте, поблизости от работы, и каждый раз наслаждаюсь, проходя тем же самым путем, которым до этого проходил уже бесконечное число раз. И действительно, привычность пути является одной из составляющих привлекательности пешей прогулки. Люди жаждут знакомого с той же страстью, что и нового. Мы обладаем неистощимыми творческими способностями в сохранении функций детского убаюки-

вающего одеяла и плюшевого мишки и трансформации их в душевный покой повседневного счастья последующей взрослой жизни.

По аналогии с вуайеристом (подсматривающим человеком) хороший терапевт является по преимуществу «подслушивающим». Огромное удовольствие ему доставляет само слушание. В теоретических рассуждениях о психосексуальных истоках занятия психотерапией делается акцент на вуайеризме, развивающемся из эксгибиционистских импульсов, характерных для раннего детства, и удовлетворения, получаемого при наблюдении запретных сцен, в которых нельзя принять участия. Аналогичным образом в раннем детстве ребенка окружает огромное количество разговоров, при которых ему запрещено присутствовать, звуков из закрытых комнат, где происходят какие-то тайные события семейной жизни. Возможно, психологи так мало написали о роли «подслушивающего психотерапевта», потому что она разыгрывается ежедневно, а отыгранное в основном остается вне зоны сознательного самонаблюдения.

Желание подслушать, узнать об интимной жизни других, известное начиная со времен устных сказаний Гомера, сохраняет свою побудительную силу и для большинства из нас. В современной культуре, несмотря на появление кино, а затем и телевидения, голос радио отнюдь не потерял своей волшебной притягательности. Несмотря на преимущественную визуальность современной культуры, атмосферу, где «сама среда — это послание», на радио стремительно увеличивается число ток-шоу, причем многие радиостанции ведут их круглосуточно. Бесконечно число людей, желающих позвонить по телефону, чтобы их выслушали. На всем протяжении психотерапевтической практики самые трогательные отклики пациентов, независимо от их диагноза, содержат в своей основе глубокую благодарность терапевту за его способность и интерес к слушанию.

Терапия для терапевта

Для этого психологического путешественника поистине бесценным качеством является ненасытное любопытство, очищенное от влияния Супер-Эго (нельзя осуждать

кого-либо за изучение нрава другого человека). С жадным интересом и почтением, характерными для хорошего антрополога, археолога или ученого-исследователя, терапевт вторгается в раскрывшуюся перед ним незнакомую жизнь, проявляя заботу и естественный такт. Пациент обычно испытывает сильные чувства вины и стыда, и, чем меньше подобных чувств проявляет терапевт, тем легче становится пациенту.

Как только мы начинаем обсуждать эти вопросы, мы вступаем в область личной терапии терапевта, содержанием которой являются те конфликты и черты его характера, которые мешают ему в работе. Для терапевта крайне важно пройти индивидуальную терапию. Совершенно очевидно, что, несмотря на наличие определенных психологических способностей, необходимых для вступления в нашу профессию, их можно выявить и развить в процессе индивидуальной терапии. Но еще важнее, что терапевту в процессе индивидуальной терапии нужно получать такую же профессиональную помощь, которую он предлагает другим людям. Непосредственные доказательства того, что данный метод действительно работает, придают терапевту глубокую убежденность и вселяют надежду в его старания, которым в то же время сопутствуют постоянная неопределенность, неуверенность и сомнения. Ощущение собственной способности помочь пациенту кардинально обновляется благодаря убежденности, приобретаемой терапевтом на собственном опыте.

Однако посредством анализа невозможно выявить способность терапевта к психологическому инсайту или его склонность интуитивно чувствовать тайные уловки бессознательного. В какой-то мере такой талант должен присутствовать изначально. Индивидуальная терапия или анализ могут усилить эти способности, равно как и важное умение выдерживать состояние тревожности без резких изменений в поведении, затрудняющих осознание. И наоборот, терапевту необходимо развить у себя способность так переживать аффект, чтобы чрезмерные интеллектуализация и теоретизирование не сбили его с более психологически достоверного аффективного резонанса с пациентом и со своим собственным Я.

Страдание

Фрейд писал:

> «Прервемся на мгновение, чтобы заверить аналитика в нашем искреннем сочувствии в том, что в своей деятельности он должен удовлетворять столь серьезным требованиям. Создается впечатление, что анализ — чуть ли не третья "невозможная" профессия, где заранее можно быть уверенным в неудовлетворительном результате. Две другие профессии, которые уже были очень давно известны, — это образование и управление. Разумеется, нельзя требовать, чтобы будущий аналитик достиг совершенства прежде, чем стал заниматься анализом, то есть чтобы в эту профессию приходили только очень редкие в высшей степени совершенные люди. Но где и как должен тогда приобрести бедолага те идеальные качества, которые потребуются в его профессии? Ответ таков: в процессе собственного анализа, с которого начинается его подготовка к будущей деятельности. Из практических соображений этот анализ может быть лишь кратким и неполным» (1937a, p. 248).

Рекомендация «Врач, исцелись сам» вызывает у терапевта большое напряжение. Нет никаких сомнений в том, что люди, которых привлекает профессия терапевта, сами чувствуют различные недомогания и душевную боль. Действительно, таков источник нашей способности сопереживать страданиям пациентов. В своей автобиографии Льюис Томас писал, что в будущем при наличии контроля над инфекционными заболеваниями, включая широко распространенные простуду и грипп, врачам будет чрезвычайно трудно сопереживать пациентам и интуитивно чувствовать их клиническую симптоматику, ибо такими врачами могут оказаться люди, которые не болели сами. Возможно, в систему медицинского образования придется включить заражение молодых студентов-медиков ангиной или вирусом гриппа, чтобы они могли узнать на себе, что значит болеть и быть пациентом, и, таким образом, получить экспериментальную базу для повышения их клинической эмпатии. Сомневаюсь,

что в психоаналитической психотерапии когда-нибудь возникнет такая проблема!

Рассмотрим следующий диалог между Элвином Семрадом (который был образцом эмпатичного и увлеченного своей профессией специалиста для целого поколения терапевтов Бостонской школы) и участником учебного психиатрического семинара:

> «*Участник семинара*: Что, на ваш взгляд, помогло вам сформировать у себя способность помогать людям переносить сильные чувства одиночества и потери?
> *Семрад*: Жизнь, полная грусти, и возможность, которую мне дали некоторые люди, чтобы эту грусть преодолеть и жить с ней дальше» (Semrad, 1980, p. 206).

По-видимому, чувствительность терапевта, которую он выстрадал в прошлом, отчасти заставляет его страдать впоследствии, в ходе индивидуальной терапии, а также испытывать страдания, которые в той или иной степени оказываются неизбежной платой за перенос. У терапевта могут быть невротические проблемы, связанные с его характером; иногда они даже желательны, но по своей природе они не должны препятствовать его дальнейшему профессиональному росту и личностному развитию. Крайняя степень садизма, неспособность получать от жизни удовольствие из-за невротических проблем, возникших в раннем детстве, и ригидные защиты, основанные на тревожности, связанной с борьбой против проявлений нарциссизма (например, инфантильного всемогущества),— это лишь некоторые из самых первых барьеров на пути к профессии терапевта. Людям с такими личностными особенностями следовало бы поискать другую профессию.

Садизм, в частности, оказывает разрушительное влияние на терапевтические отношения. Пациенты страдают от агрессивных импульсов, стремящихся расщепить их личность на элементарные сameраспадающиеся части. Когда подобные аффективные импульсы исходят от терапевта, битва за пациента заранее обречена на неудачу. Но из нескольких садистских ниток можно соткать золотую терапевтическую пряжу. Шарп (Sharpe, 1930) указывала, что стремление лечить отчасти основано на желании изба-

виться от инфантильных садистских импульсов, заставляющих калечить, разрушать или убивать. Постоянная внутренняя тревожность, вызываемая этими устремлениями, порождает желание лечить, исцелять и делать добро.

Насколько совершенным должен быть терапевт?

Ясно, что индивидуальная терапия необходима, чтобы помочь нам, терапевтам, попытаться разрешить те проблемы, которые поддаются разрешению, узнать, насколько это возможно, свои психологические «белые пятна» и определить, какие наши шрамы останутся неизгладимыми, а также познакомить нас с ускользающей природой бессознательного. Важно сместить баланс от Супер-Эго, которое, побуждаемое чувством вины, осуществляет управление восприятием реальности, как внешней, так и внутренней, в сторону Эго. Нам следует стремиться к тому, чтобы видеть жизнь такой, какая она есть, а не такой, какой ей следует быть. Развивая способность Эго справляться с чувством тревожности (Zetzel, 1949), мы можем точнее оценить факты, которые, возможно, просто не заметили бы, отрицая, вытесняя и подавляя их. С развитием этой способности тесно связана необходимость развития способности Эго справляться с чувством печали и распознавать депрессию, выполняющую функцию защиты от этого первичного аффекта.

Но до какой степени нужно развивать эти способности? Конечно, анализ всегда остается незавершенным, но когда он является достаточным? В какой мере в основе наших терапевтических неудач лежат наши непроанализированные проблемы? В такие психологически неопределенные области легко внедряются персонифицированные фантазии. Одна из таких фантазий — известный «миф о полностью проанализированном терапевте». По мнению Гловера (Glover, 1955), это одна из последних версий мифа о герое, детская идеализация, воспламененная чувствами разочарования, униженности и потребности в компенсаторном нарциссическом совершенстве.

Когда чувство вины терапевта, которое стимулируется агрессивными и сексуальными импульсами, направленными

на пациентов, становится нарциссическим, а потому — невыносимым, его поведение может во многом напоминать псевдорелигиозное, мазохистское подчинение Ид очищенному, рациональному Эго. Такая «добродетель» достигается ценой психологической самокастрации. Получается так, что вызывающий раздражение комплекс или черту характера можно было бы в принципе «проанализировать до самых основ» (качественно, а не только количественно). Но такое представление ошибочно, оно характерно для периода зарождения психоанализа, когда считалось, что симптом абсолютно автономен от целостной личности.

Такое мифическое терапевтическое решение ограничивает терапевта фантазиями о профессиональных объектах переноса и препятствует получению новых знаний. Одним из источников этой проблемы может быть странный способ профессиональной подготовки аналитиков и терапевтов. Например, когда по окончании сеанса он поднимается с кресла или встает с кушетки, это вовсе не означает «до свидания», как это бывает с другими пациентами. Вместо этого анализируемый терапевт говорит «здравствуйте», выступая уже как профессионал, и часто становится членом того же сообщества, института или учебного центра, к которому принадлежит его аналитик. Такие действия приводят к стиранию крайне важных различий между новичком и опытным терапевтом. Молодому терапевту приходится потом в течение многих лет освобождаться от стиля и мировоззрения своего прежнего терапевта, чтобы приобрести большую спонтанность восприятия, обучаясь уже у своих собственных пациентов. Один из уважаемых американских аналитиков, урожденный американец, рассказывал, что, когда он впервые стал сам проводить анализ, он поразился, осознав, что говорит с немецким акцентом.

Учебные переносы

Точно так же развиваются «учебные переносы», задерживая и тормозя становление обучающегося терапевта. Мнение и мудрость авторитетных учителей и супервизоров идеализируются, что защищает их магические фигуры. Идеализация продолжается столько, сколько нам

потребуется, чтобы почувствовать свою безопасность и адекватность в том психологическом поле, где мрак и неопределенность повседневности являются скорее правилом, чем исключением. Ощущая потребность быть хорошими, ответственными терапевтами, мы храним в своем воображении образы соответствующих «докторов Споков», теоретиков и методистов, часто не видя за ними конкретного пациента.

Из мифа о полностью проанализированном терапевте часто проистекает не слишком явное, но настойчивое требование привести к совершенству наших пациентов и достичь предела возможностей применяемого метода, которое по характеру становится требованием Супер-Эго. Это подпитывает фантазии о «завершенной» терапии, или «абсолютно полном разрешении переноса». И нам самим, и нашим пациентам полезно помнить замечание Ганса Захса, что самый лучший анализ подобен царапине на поверхности материка.

Из всего сказанного становится ясно, что я не недооцениваю необходимость основательного личного переживания терапевта в процессе его собственного анализа. Я лишь указываю на некоторые его ятрогенные аффекты, которые мешают эффективно и осмысленно действовать. Я не устаю повторять, что позитивный опыт терапии самого терапевта чрезвычайно важен для того, чтобы вселять чувство надежды в наших пациентов. Для обретения внутренней уверенности терапевту принципиально важно знать, что метод, которым он пользуется, действительно работает. Эту уверенность может дать только опыт собственной терапии. Его нельзя получить из учебника или из статьи независимо от того, насколько хорошо представлен и усвоен данный материал.

Проективная кладовая

Мне часто приходилось наблюдать, что талантливые и терпеливые терапевты, способные особенно глубоко сопереживать слабостям и боли своих пациентов, происходили из семей, имеющих специфическую внутреннюю структуру. В своих семьях эти люди часто были носителями

болезненных переживаний горя и печали, гнева и напряженных отношений, существовавших между членами семьи: несчастные браки, острое соперничество братьев и сестер, все переживания, выпадающие на долю единственного ребенка, и т. д. В таких семьях будущий терапевт был единственным, кто обращал внимание на скрытое эмоциональное напряжение. Часто его отцу или матери было свойственно избегание, отрицание или вытеснение болезненной психологической реальности. Хотя будущий терапевт мог находить людей и места вне семьи, чтобы поделиться своим бременем, его жизнь в семье очень мало способствовала развитию его способности к осознанию и восприимчивости.

Исходя из концепции групповой динамики Биона, мы можем сказать, что будущий терапевт служил своего рода проективной кладовой для нежелательных и болезненных фактов семейной жизни, уменьшая тем самым сознательное психическое бремя для других членов семьи. Такая изоляция является одним из источников эмпатии по отношению к эмоционально отстраненным пациентам, в особенности к психотикам. Он испытывает сильное желание дать пациенту то, что хотел бы получить сам, естественным образом следуя заветам Золотого Правила (относись к людям так, как хочешь, чтобы они относились к тебе). Это стремление лежит в характере терапевта так глубоко, что о нем упоминают крайне редко. Переживается же оно скорее как повышенный интерес к личности пациента: желание слушать усиливается, поскольку рассказ другого человека о своей жизни воспринимается как собственная история. Слушание становится терапевтическим воплощением замечания Гарри Стэка Салливена: «Все мы больше похожи на людей, чем непохожи».

Вместе с тем такая восприимчивость не противоречит уважительному отношению и даже восхищению жизнью и иными ценностями другого человека. По-видимому, существует некое чувство сбалансированного удовлетворения в нахождении общих закономерностей и самых невероятных различий в переживаниях людей, изумление психологического путешественника перед неизведанными областями мышления и переживаний другого чело-

века. Отчасти такое изумление уходит корнями в детскую способность к игре, которая должна найти свое продолжение в исследовательских устремлениях терапевта. Умение играть часто оказывается отличительным признаком детского терапевта. С ним связано чувство юмора — целебное средство для спасения от болезненных переживаний, которое отличается от остроумия своим родительским заботливым теплом, вниманием и сопричастностью.

Эмпатия и терапевт в качестве «ребенка-родителя»

Эмпатия, психологическая способность «прочувствовать» переживания другого человека,— это черта, которую часто связывают с отношениями между матерью и младенцем (а учитывая современные тенденции в уходе за маленьким ребенком, сюда следовало бы включать и отношения с отцом), когда родитель «ощущает» телесные и эмоциональные потребности младенца. Эмпатия становится формой восстановления контакта младенца с матерью (Greenson, 1967), формой их невербального единения; она перебрасывает мост от одного человека к другому. Поэтому эмпатия может усиливаться, когда ребенок рано сталкивается с депрессивными переживаниями. Она становится попыткой почувствовать мать и вчувствоваться в нее, когда та несколько отстранена от ребенка и особенно если она находится в состоянии депрессии.

Многими терапевтами движет бессознательное желание избавить мать от депрессии, спасти ее, проявляя глубокое сочувствие и понимание, которые выражаются в форме эмпатии. Способность погрузиться в депрессию и справиться с возникающими при этом трудными переживаниями благодаря собственному жизненному опыту или личной терапии является одной из главных предпосылок понимающего терапевта. Она обеспечивает естественную среду для того, чтобы слушать истории о грустных и трагических событиях жизни, что составляет неотъемлемую часть профессиональной деятельности психотерапевта.

«Прототерапевт», выполняющий в семье роль спасителя,— яркий пример человека, которого семейные терапевты называют «ребенком-родителем». Помимо матери,

в семье может быть много людей, которым требуется помощь. Роль спасителя особая, это палка о двух концах, ибо не только очень рано повышает личную ответственность и укрепляет самооценку, но и порождает несоразмерное чувство вины за принятие на себя бремени, превосходящего человеческие возможности. Если такая психодинамика затянулась, то у самого терапевта она может вызвать мазохистское отношение к пациентам, например, к тем из них, оскорбительное поведение которых требуется ограничить.

Важным положительным талантом, дополняющим эмпатическую интуицию, является способность к общению. Можно лишь изумляться ее разнообразным проявлениям: диапазон выразительных средств простирается от простонародных, грубоватых, общеупотребительных, уличных слов и идиом до элегантных, четко сформулированных, замысловатых и интеллектуальных выражений, несущих примерно тот же смысл. Те качества, от которых зависит ощущение, что вас поняли, мало связаны со стилем общения, они скорее связаны с тактом, уважением, своевременностью подачи материала, его дозированием и с проявлением внимания к самооценке и самоуважению пациента. К тому же терапевт и пациент создают собственный стиль общения, характерный только для них, который еще отсутствует в самом начале терапии.

Лицом к фактам

Кохут (Kohut, 1977) дал яркое описание личности Фрейда, в основе которой лежала неиссякаемая и неистребимая любовь к истине. Вне всякого сомнения, страстное стремление к установлению фактов и преодолению искажающего влияния тревожности — очень ценное качество терапевта. Именно поэтому многие аналитики пытались понять истоки таких интеллектуальных установок. Некоторые связывали их с ранним развитием, в частности с оральной рецептивностью (Greenson, 1967). Если отвлечься от строгих психосексуальных формулировок, то можно представить себе младенца и маленького ребенка, которых поощряют получать удовольствие от еды, новой деятель-

ности, игрушек, переходных объектов и, наверное, самое важное — от тепла материнского тела, от ее присутствия и таинственной неизвестности. Умение справиться с неизвестным — это новое приятное переживание, приносящее ощущение компетентности.

Диалектика развития проявляется в том, что наряду с уверенностью, которая требуется начинающему терапевту для проникновения в полную одиночества темноту, он нуждается также в приятном переживании противоположного знака, в желании пережить чувство похожести. Характерное для раннего детства слияние матери и младенца, их телесный и психологический симбиоз порождает тенденцию к накоплению сходств и интеграции их на единой основе. Эта функция наиболее заметна в великих произведениях искусства, которые в цвете, форме, содержании, языке и приемах исполнительского мастерства объединяют, интегрируют, синтезируют все важнейшие сферы человеческого переживания. Даже изображая одиночество, искусство может способствовать преодолению физического и эмоционального расстояния, соединять людей, увеличивать их ценность в глазах друг друга.

Эти две тенденции противоположной природы — слияние и дифференциация — созвучны базовым психологическим темам интеграции прошлого человека с его настоящим, отделения его от других, его индивидуализации. Естественная установка терапевта по отношению к этим тенденциям будет влиять на его способность повернуться лицом к истинам, которые только на первый взгляд кажутся противоречивыми.

Особые черты личности психотерапевта

Многие говорят о том, что терапевт должен быть широко образован в области культуры, быть знаком с классической литературой, живописью, музыкой и другими формами эстетического выражения, знать историю, политику, социологию, быть сведущим в сфере естественных и физических наук, а также в области медицины. У меня нет никаких сомнений: при условии, что обучение приносит истинное удовольствие, погружение в эти предметы благоприятно

скажется на углублении и расширении эмпатических и когнитивных способностей будущего терапевта. Но мне ясно и другое: люди, которых почти не интересует ни один из этих сложных предметов, могут проявить свой талант, а в считанных случаях — даже гениальность при контакте с пациентами и проведении глубоко осмысленной психотерапии.

Какими же качествами обладают такие талантливые люди? С одной стороны, они получают истинное наслаждение от близкого ознакомления со значимыми (и не столь значимыми) подробностями интимной психической жизни других людей. Более того, они проявляют такой же глубокий интерес к последующему развитию личности пациентов, какой они выказывали к их прошлой жизни.

Некоторые из успешных терапевтов чувствуют и ведут себя так, словно они — большие плюшевые мишки, которых можно мысленно обнять, потискать, потрепать и погладить, использовать какое-то время, а затем выбросить, когда отпадает необходимость. Такая способность утешать у большинства терапевтов заметна не сразу, и осознание ее начинается лишь спустя некоторое время, когда пациент почувствует себя в безопасности, находясь в зависимости от терапевта и полагаясь на этого еще совсем недавно чужого ему человека. Чем больше у терапевта качеств, присущих любимой мягкой игрушке, тем естественнее ведет он себя с пациентами, охваченными неудовлетворенными желаниями, лишенными привязанностей, например, страдающими пограничными расстройствами личности и психозом. Когда же эта доступность переходного объекта отступает на задний план в личности терапевта, тогда более вероятен его успех в работе на невротическом полюсе диагностического спектра (то есть с людьми, обладающими вполне приемлемым собственным внутренним плюшевым мишкой и приходящими к терапевту из-за других неприятностей). Некоторые неординарные терапевты работают с пациентами всего диагностического спектра. Других на разных стадиях профессиональной карьеры больше привлекает то та, то иная категория пациентов.

Есть люди, которые считают, что терапевт должен быть похож на врача, поскольку ему дано видеть тайны

инстинктивной жизни пациента, а врач знает все продукты жизнедеятельности и части человеческого тела, которые в повседневной жизни скрыты от посторонних взглядов. Но еще до появления такого представления о враче формируется образ матери, постоянно находящейся рядом с ребенком, очень для него доступной и принимающей на себя все заботы о нем. Если образ врача и влияет каким-либо образом на психику пациента, то в основном благодаря связанным с матерью ранним детским переживаниям и включению в этот терапевтический перенос. В истории психотерапии известно немало талантливых специалистов, пришедших в эту область из сфер деятельности, весьма далеких от медицины.

Идентификация с матерью

Отметим кратко, что те основные черты личности, а также источники эмпатии, которые передаются от матери, приводят некоторых терапевтов, вне зависимости от их пола, к сильным женским идентификациям. Дискомфорт, вызванный этой психической реальностью, будет серьезно мешать терапевту открыто проявлять эмпатию, заботу, внимание и способность к симбиотическому слиянию при углублении терапевтических отношений. Родительский образ и идентификации наиболее важны при долгосрочной психоаналитической терапии, которая, как и воспитание детей, зависит от способности спокойно ждать, когда начнется развитие, не обусловленное тем, что делают родители. В данном случае пассивность приобретает форму восприимчивости к процессу развития, происходящему в рамках психотерапии. Без спокойного, восприимчивого ожидания терапевт просто неспособен проявить эмпатию.

Награда

Эмпатическое погружение в психологическое прошлое и настоящее пациента и сопоставление фактов с похожими, резонирующими событиями из жизни терапевта предлагает головокружительный, захватывающий материал для ежедневных размышлений практикующего психотерапевта.

Несмотря на то, что заботливый терапевт часто ощущает фрустрацию и сердечную боль, постоянными наградами, обогащающими его как человека, являются особое удовлетворение от успеха, объединяющее ощущение своей компетентности, когда метод действительно работает, когда абстрактные принципы приносят конкретные результаты. Не последнее место в удовлетворении терапевта занимает особая возможность узнать, пропустить сквозь себя так много разнообразных, богатых событиями и переживаниями страстных историй жизни людей. Юнг в автобиографии отразил это очень точно:

> «Из своих встреч с пациентами я постиг чрезвычайно много, и это было не просто знание, а гораздо больше – озарение, инсайт относительно своей собственной сущности... мои пациенты так приблизили меня к реальности человеческой жизни, что я неустанно учился у них очень важным вещам. Встречи с такими разными людьми, находящимися на столь разных уровнях психического развития, оказались для меня несопоставимо важнее, чем отрывочные разговоры со знаменитостями. Самые тонкие и самые важные беседы в моей жизни были анонимными» (Jung, 1961, p.145).

Кроме того, в людях настолько сильна склонность к разрушению, что одна из самых острых социальных потребностей для мужчин и женщин — это потребность в создании таких мест, где два человека могли бы сесть вместе, не ограниченные временем, с надеждой, что в конце концов при благоприятных условиях из хаоса и страдания вдруг возникнет процесс исцеления. Эти двое образуют структуру, способную уменьшить разрушительные последствия безудержной агрессии и усилить творческую способность к привязанности и любви, ко взаимной выгоде обеих сторон. В нашей современной цивилизации это настоящий подвиг. Совершенно ясно, что для многих из нас это главный стержень того, что делает возможной нашу «невозможную профессию».

Глава 2. Перенос: Нить Ариадны

Психотерапия и перенос

Психотерапия — это изучение и осознание превратностей любви. Это означает, что терапевту нужно обнаружить тот момент, когда произошел кризис развития, и выявить адаптивные паттерны, которые использовались, чтобы справиться с этой фрустрацией. Агрессия, проявляющаяся как вина и гнев или как садизм и мазохизм, чаще всего оказывается вторичной по отношению к фрустрации любви и возникающему в результате этого чувству незащищенности и дисгармонии.

При таком сложном и запутанном положении дел существенной опорой может служить форма изложения пациентом истории своей жизни, а также перенос — его появление требует времени и искусства,— который становится для нас нитью Ариадны в мрачных закоулках лабиринта бессознательного. Нить переноса ведет терапевта и пациента на место преступления (обычно бывает много мест и много преступлений), к драме воспроизведения желания и реальности, соединяя их самым причудливым образом. Сложность внешней и внутренней психической жизни создает феномен «Расемона»[1]: это взгляд взрослого пациента, осмысление терапевта, воскрешенное детское восприятие, взгляд матери, отца, братьев, сестер и т. д. или ретроспективное осознание на разных этапах прошлого в циклическом процессе жизни. Реконструкция прошлого, необходимая для осмысления настоящего, превращается в постоянный процесс, продолжающийся всю жизнь и не прекращающийся после завершения терапии.

---

1 «Расемон» — фильм Акиро Куросавы, в котором каждый из четырех очевидцев излагает свою версию одного и того же события. — *Примечание редактора.*

Перенос

Перенос — это бессознательная склонность к смещению нашего эмоционального интереса на новых людей или на неодушевленные объекты в надежде оживить прошлое и добиться цели там, где мы раньше потерпели неудачу. Перенос неадаптивен в той мере, в которой мы остаемся вечными жертвами навязчивых повторений. Перенос потенциально адаптивен в той мере, в которой он отражает стремление человека справиться с проблемами прошлого и постоянно предоставляет возможности это сделать. Перенос становится интегрирующим, привнося в настоящее богатство безвозвратно ушедшего прошлого.

Когда молодой человек начинает учиться в колледже и впервые встречается со своими преподавателями, у него уже существует по отношению к ним некая изначальная эмоциональная валентность, основой которой является прошлый опыт отношений с родителями и другими воспитателями. Возможно, он станет идеализировать своих преподавателей, но со временем он начнет отличать реальность от фантазии (переноса) и тогда может соответственно изменить свое мнение. Он оказывается в плену бессознательного переноса в той мере, в какой его изначальная эмоциональная валентность остается неизменной под влиянием реальности. Здесь я хочу подчеркнуть, что перенос существует и вне клинической психотерапевтической ситуации. Психотерапия — это просто метод, который использует факторы, вызывающие и поддерживающие тенденции переноса.

Перенос как адаптация

Перенос существует как реально наблюдаемый факт, гораздо менее понятна мотивация поведения, вызванного переносом. Очевидно, что, если бы не существовало склонности к переносу, самые первые источники любви в семье оставались бы незаменяемыми. Тогда в критический период развития происходил бы импринтинг, запечатление, и мы уподобились бы подопытному утенку, следующему только за деревянной уткой-мамой, рядом

с которой он оказался в первые дни своей жизни. Адаптация создает у людей определенную степень гибкости, позволяющей бороться с отсутствием в семье реальной возможности удовлетворить все потребности своих членов. Как только давление этих потребностей начинает нарастать (особенно с развитием в подростковом возрасте сексуальных влечений), идет очень интенсивный поиск подходящей замены объекта удовлетворения потребностей.

В повседневной жизни перенос представляет собой многокомпонентную, сложную комбинацию. Подросток может искать в своей подруге идеализированную в детстве мать (проигрывание его фантазии), стремясь в то же время к тому, чтобы молодая женщина стала для него всем, чем не смогла быть мать (его желание). Он может пытаться разрешить не разрешенные в прошлом конфликты и справиться с ними. В новых любовных отношениях он может преодолеть некоторые запреты и стыдливость в эмоциональной и сексуальной сфере.

Вместе с тем перенос начинает выполнять функцию синтеза, когда зреющее Эго совершает попытку интеграции. В новых отношениях молодой человек творчески и гармонично соединит культурные паттерны прошлого и нормы социализации и при этом начнет фокусировать на одном человеке различные сексуальные влечения (оральные, анальные, генитальные). Некоторые из этих чувств он будет переживать прямо, другие — сублимированно.

Тем не менее при всей адаптивности некоторые конфликты в новых любовных отношениях в силу психологической ригидности останутся неразрешенными. Если цена за компромисс между конфликтующими импульсами окажется для психики слишком высокой, появятся соответствующие признаки, симптомы или дисфорические аффекты, отражающие психологически неприемлемый компромисс (Brenner, 1982). Так, например, излишняя идеализация может крайне деформировать возрастающую сексуальность и сделать невозможным ее внешнее выражение, если на помощь призывается инцестуозный запрет Супер-Эго. Именно такие психологически неприемлемые компромиссы (клинические конфликты) препятствуют дальнейшему развитию. Проявляясь в переносе, такие

запрещающие компромиссы становятся главным источником сопротивления и фокусом для ключевых интерпретаций в психоаналитической психотерапии.

Желания, сновидения, действие и перенос

В результате изучения сновидений, как собственных, так и своих пациентов, Фрейд разработал теорию психоанализа. Понятие переноса впервые возникло в связи со снами. Фрейд описал перенос аффекта от одного образа сновидения к другому (смещение); при этом перенос служил способом достижения скрытого и запрещенного удовлетворения бессознательным образом. В сновидении человек открыто проявляет пристальное внимание к собаке таксе, находящейся на одном конце поводка (символизация), тогда как латентный аффект привязывает его к другому концу поводка — к желанной красивой женщине.

Позже, в ходе клинической работы, Фрейд открыл, что в процессе проработки травматических воспоминаний у пациента развиваются сильные чувства по отношению к аналитику. Первоначально эти чувства, обычно эротического характера, рассматривались как помеха и сопротивление воспоминаниям, но вскоре их стали понимать как сами воспоминания, которые человек бессознательно аффективно отыгрывает в настоящем, представляющем для него повторение прошлого (реального или желаемого). Фрейд назвал это отыгрывание переносом. То, что сначала считалось сопротивлением терапии, теперь само оказалось в фокусе лечения. Например:

> Молодой человек приходит на сеанс психотерапии, находясь под воздействием марихуаны. Он смутно осознает, что хочет вызвать у меня раздражение и разозлить до такой степени, чтобы я ограничивал и контролировал его. Вскоре выясняется, что такое поведение повторяет его детское деликвентное поведение, с помощью которого он стремился добиться от своей отстраненной душевнобольной матери проявления заботы о нем. В переносе пациент воспроизводит эти воспоминания в виде действий. Это перенос как повторение.

Впервые Фрейд в полной мере стал понимать перенос как сопротивление и как необходимый фокус лечения в случае с Дорой, после того, как она внезапно прервала лечение. Дора ушла от Фрейда, когда ее бросил отвергнувший ее любовь господин К. Это был перенос как желаемое повторение прошлого.

Как заметил Гринсон (Greenson, 1967), в переносе гораздо чаще присутствуют желание и фантазия о прошлом переживании, чем простое повторение. Онтогенез повторяет филогенез – развитие индивида повторяет развитие вида. Каждый терапевт найдет в переживании переноса много от фантазии об исполнении желаний, которая, как оказывается в ходе длительной терапии, никогда не выходила за рамки воображения. Так, например, истории о сексуальности и агрессии между пациентом и его родителями в детстве, отраженные в переносе, могут оказаться всего лишь проявлениями желания и фантазии. Это отношение к переносу повторяет путь, которым Фрейд пришел к его открытию: сначала он считал, что всех невротиков действительно соблазнили в детстве, а затем усмотрел в их воспоминаниях значительную долю фантазии. Именно этот элемент – уход от болезненной реальности – превращает перенос в основное сопротивление, а потому он постоянно попадает в фокус психотерапии.

Клинический перенос

Для понимания сопротивления переноса важно отличать перенос вообще от его особых форм и их сочетаний, которые вслед за Фрейдом, как правило, называют неврозом переноса. Предположим, я еду по автостраде и, видимо, не совершаю ничего незаконного, однако полицейский останавливает меня у обочины. У меня, как и у подавляющего большинства людей, возникает небольшая тревога: я опасаюсь, что где-то нарушил правила и должен заплатить за это штраф. Моя вегетативная нервная система начинает работать в аварийном режиме. У меня сразу происходит перенос Супер-Эго на образ представителя закона, одетого в полицейскую форму. Но, когда оказывается, что полицейский заблудился и спрашивает у меня,

как добраться в нужное ему место, я сразу ощущаю, как исчезает тревожность, а вместе с ней совершенно исчезает и образ Супер-Эго. Это — плавающий перенос, который легко устраняется при простой проверке реальности.

Совершенно по-иному проявляется невроз переноса. В процессе регулярной терапии, даже если она проводится один раз в неделю, приблизительно через восемьдесять месяцев лечения наступает такой момент, когда некоторые чувства пациента начинают фокусироваться на личности терапевта и простая проверка реальности больше не рассеивает его тревожную мнительность. Так, например, несмотря на все убеждения и интерпретации терапевта, у пациента может появиться ощущение, что он не интересен и скучен терапевту и что тот предпочитает ему других пациентов. В этой ситуации могут вновь возникнуть те переживания, которые в первую очередь побудили пациента начать терапию; кроме того, эта ситуация может оказаться похожей на события в прошлом пациента, особенно в детстве.

Вплетение нити переноса в ткань психики пациента погружает личность терапевта глубоко в бессознательную основу эмоционального ощущения пациентом своего Я. По мере прояснения переноса происходят некоторые изменения во внутренней ткани психики пациента. Например:

> Молодая, разумная и рассудительная женщина начинает терапию с нескрываемой долей оптимизма и энтузиазма, несмотря на жалобы на затруднения в общении и периодические депрессии. Сначала она воспринимает меня как эмоционально теплого, откровенного и принимающего ее человека, к тому же понимающего и эмпатичного. После шести месяцев терапии пациентка оказывается в депрессии и все больше и больше начинает воспринимать меня как холодного, неприступного и не способного ее понять. Если я говорю довольно много, то напоминаю ей довлеющего, авторитарного и часто жестокого отца; если становлюсь спокойнее, чтобы справиться с такой ее реакцией, то напоминаю ей шизоидную, отстраненную и равнодушную мать.

Кажется, ни одна моя позиция не могла привести к положительному результату, о чем я и сказал пациентке, предположив, что она точно так же чувствовала себя в своем домашнем окружении. Это эмпатичное предположение ее поразило, и тогда она стала гораздо яснее понимать то положение, в которое она меня ставит.

Объяснение стало для нее своеобразной маршрутной картой, помогающей ей структурировать переживания переноса. Но нам следует ясно представлять себе, что предстоит еще долго разбираться со множеством «как» и «почему», прежде чем значительно ослабнет изолирующий и порождающий депрессию перенос.

Вместе с тем отметим, что эта обвитая вокруг меня двойная эмоциональная нить переноса — нить насилия и эмоциональной отстраненности — поддерживала наш постоянный контакт с двумя «музейными экспонатами», двумя фигурами из прошлого — отца и матери, искусно сохраняя связь с огромными проблемами в личной истории.

Трансформации в переносе

Когда продолжительность лечения была меньше, особенно на ранней стадии работы с истерическими пациентами в 1880–1890 годах, Фрейд в основном занимался невротическими симптомами. Среди них были тяжелые фобии, истерические параличи, тики и прочие разновидности наблюдаемых симптомов, на которые мог уверенно ссылаться пациент, консультируясь у врача. Таким образом, первое определение невроза переноса обязательно предполагало воспроизведение невротических симптомов в отношениях с терапевтом. По мере того как продолжительность психотерапии увеличивалась, развилось более детальное понимание невроза переноса. Фрейд писал:

> «Когда пациент оказывается полностью погруженным в процесс лечения, вся новая продукция его болезни становится сконцентрированной вокруг единственного момента — отношения к врачу... Когда перенос приобретает

такое значение, работа над воспоминаниями пациента отступает на задний план. Правильно было бы сказать, что имеешь дело не с прежней болезнью пациента, а с заново созданным и *трансформированным* неврозом, заменившим первый... Все симптомы пациента лишились своего первоначального значения и приобрели новый смысл, связанный с переносом, или остались только такие симптомы, которым удалась подобная *трансформация»* (Freud, 1914, p. 444).

Вейншел (Weinshel, 1971) также отмечает, что такая трансформация говорит о том, что невроз переноса – не просто статическое воспроизведение прошлого, но и интегрирующий учет настоящего. Во всех составляющих невроза переноса проявляются многочисленные уровни развития, а также их связь с настоящим. Так, у страдающего фобией пациента не обязательно разовьется фобия по отношению к терапевту. На месте существующей фобии могут появиться другие элементы содержания психики (например, эдиповы победы). Или же фобия может вообще проявиться не в кабинете терапевта, а развиться где-нибудь вне терапевтической ситуации.

Говоря о неврозе переноса, мы имеем в виду не только существующие симптомы, но и всю конфликтную личность в целом, с которой приходится иметь дело терапевту. Это значит, что следует учитывать общие характерологические установки пациента, защиты Эго, аффекты, которые могут использоваться для защиты и разрядки, коммуникативные сигналы, а также его фантазии, желания и воспоминания. Современная психоаналитическая терапия – это действительно терапия характерологических проблем. Источники нынешних неприемлемых компромиссов можно проследить по нити переноса до области прошлых переживаний. Перенос раскрывает то, как эти переживания встроены в существующую ткань психики личности. Как средство анализа характера перенос важен во всем диагностическом спектре: от неврозов до пограничных состояний и психозов.

Установки Эго в переносе

Перенос выявляет уязвимые элементы Эго, которые делают поведение неадаптивным. Например, паранойяльная пациентка может не считать, что каждую ночь я «посылаю к ней в спальню радиоволны», но все равно будет держать меня на дистанции, проявляя большую подозрительность и отчужденность и редко упоминая о важной роли моей личности в ее жизни. Однако мы оба можем согласиться, что она ужасно боится попасть от меня в зависимость, боится расставания и потери и поэтому в переносе защищается отстраненностью. Внешне похожая отстраненность может развиться в переносе и у пациента с неврозом навязчивых состояний. Такой человек тоже может редко говорить о важной роли, которую я играю в его жизни, но при этом осознавать свои гомосексуальные страхи, возникающие при слишком тесном сближении со мной, а также дискомфорт, вызываемый чувством соперничества. В его чувствах сепарационная тревога может занимать определенное место, но ее роль не столь велика и не вызывает столько страха, как у женщины, страдающей паранойей. Однако у обоих пациентов, независимо от исходного или повторяющегося впоследствии болезненного симптоматического расстройства, трансформация этих симптомов в невроз переноса отражает прежде всего характерные установки Эго, а именно отстранение и дистанцирование от значимых и любимых людей.

Я снова делаю акцент на том, что понятие *невроз переноса* исторически связано с исходными теоретическими концепциями Фрейда, возникшими в результате изучения феноменов, которые тогда считались невротическими симптомами. Многие из таких симптомов встречались у пациентов, которых в настоящее время относят к личностям с пограничными расстройствами или к психотикам. Я уверен, что вместо того, чтобы создавать новые штампы, как, например, «поддерживаемая реакция переноса» или «перманентное смещение переноса», важно акцентировать внимание на устойчивости паттерна переноса и сохранить оригинальное понятие *невроз переноса.*

По мнению Фрейда, либидинозные энергии (определяющие степень значимости или уровень психологического интереса) при перенесении на образ терапевта становятся «клейкими», или «прилипчивыми». Тогда пациент может видеть окружающий мир как бы сквозь очки, тонированные чувствами переноса:

> Один коллега поведал мне о том, что, когда во время собственного анализа он находился в состоянии глубокого невроза переноса, оказавшись однажды на свадьбе, он пришел в изумление, увидев там своего аналитика, который танцевал, ел, общался с гостями и при этом совершенно не замечал его. Тогда его сильно обидело такое отношение. На следующем сеансе он укорил аналитика в его неподобающем поведении, а тот огорошил его заявлением, что на свадьбе его вообще не было. Это послужило своеобразным уроком для пациента.

Такая ошибочная идентификация при увлеченном поиске любимого человека сама по себе не является невротическим симптомом, но с теоретической точки зрения служит примером невроза переноса.

Миграция симптомов в перенос

В основном, чем дольше длится психотерапия и чем чаще сеансы, тем более вероятно, что начальные симптомы в неврозе переноса примут более сложную и утонченную форму. В противоположность этому психотические симптомы хронических психотиков часто присваиваются терапевту, и тогда он может превратиться в дьявола, в источник сексуальных «радиоволн» или даже оказаться внешним стимулом для галлюцинаций.

В клинической практике встречаются и другие случаи, когда симптом «перекладывается» на терапевта, а освободившийся от этого тяжкого бремени пациент прекращает лечение.

> Измученный мужчина, еще не достигший 30-летнего возраста, пришел ко мне, жалуясь на известные из учебников симптомы: частое мытье рук, навязчивые мысли

на тему «Бог накажет», страх заразиться сифилисом от своей подруги, с которой он давно был в близких отношениях. Самым главным симптомом был постоянный гнетущий страх, что он, управляя автомобилем, сбил насмерть пешехода. Этот страх заставлял его постоянно звонить в полицию, чтобы, сопоставляя факты, избавиться от своей фантазии. Со страхом перед отыгрыванием агрессии были связаны и его затруднения в работе. Он был блестящим физиком, его открытия применялись в военных целях, но вместе с тем его не покидал смутный страх божьего возмездия.

После года интенсивной психотерапии все симптомы исчезли. Эти изменения в какой-то степени освободили его перегруженное Супер-Эго, и он почувствовал себя лучше, чем когда-либо в своей жизни. Его единственная тревога была связана с тем, что он встречался со мной в клинике, где я тогда принимал клиентов: он был уверен, что, встречаясь со мной там, он заразится неизлечимой болезнью. Он завершил терапию, вполне удовлетворенный наступившим прогрессом в лечении.

Очевидно, что как источник болезни я был для этого мужчины воплощением потенциально разрушительного для него переноса, а потому наши отношения завершились без того, чтобы этот негативный элемент нашел свое разрешение.

Неразрешенный негативный перенос — широко распространенная причина преждевременного прекращения аналитической психотерапии и главный источник возникновения тупиков в процессе анализа (Bird, 1972).

Это обстоятельство приводит нас к очень важному клиническому выводу относительно негативного невроза переноса. Молодой человек, о котором мы только что говорили, пришел ко мне на прием через несколько лет после вступления в брак. Его симптомы не были такими сильными, как раньше, но он испытывал сильную тревогу (должен был родиться ребенок), а также депрессию и смутное чувство вины. Поскольку мой кабинет находился далеко от места его жительства и я все еще работал в клинике, где было множество больных, он попросил, чтобы

я направил его к терапевту, приемная которого располагалась ближе, что я и сделал.

Задачей следующего терапевта должно было стать не только исследование прошлого пациента и переноса, развивающегося между ними, но также переноса на меня, так и оставшегося неразрешенным. В клинической практике довольно часто приходится наблюдать пациентов, у которых психологический стресс и напряжение переплелись с образом их последнего терапевта и, не будучи разрешены, продолжают преследовать пациентов подобно тому, как их преследуют проблемы раннего детства. Главными в проработке такого неразрешенного переноса являются темы печали[2] и расставания с привязанностью к призраку прошлого терапевтического переноса.

Как правило, современные пациенты, приходящие на прием, в подавляющем большинстве уже имеют опыт психотерапии и часто страдают из-за недостаточно проработанных переживаний в переносе. Эти переживания можно назвать ятрогенными заболеваниями, которые, хотя и связаны с проблемой, заявляемой пациентом, вместе с тем являются следствием неполного излечения.

Быстрое развитие переноса

Начиная терапию с пациентом, который еще находится под влиянием глубокого неразрешенного переноса на предыдущего терапевта, мы можем наблюдать быстрое развитие невроза переноса. Пациент может облечь нас, «новых» терапевтов, в мантию своего прежнего терапевта или же облечь в нашу мантию своего прежнего терапевта.

---

[2] Мы переводим «morning» как печаль, придерживаясь традиции русского перевода статьи Фрейда «Печаль и меланхолия» (1917), которая в английском переводе получила название «Morning and melancholia». При этом необходимо иметь в виду, что значение слова «morning» не совсем совпадает со значением слова «печаль» и подразумевает активный процесс переживания горя, потери, оплакивания любимого объекта, как реального, так и фантазийного, как внешнего, так и внутреннего. — *Примечание переводчика*

При этом, считая прежнего терапевта неумелым, некомпетентным или неэмпатичным, он наделяет нового идеализированного терапевта противоположными чертами и качествами, связывая с ним новые надежды. Эта идеализация может помочь начальному продвижению новой терапии, однако для того, чтобы терапия была успешной, все равно необходимо будет отдать соответствующую дань негативному переносу. Чем сильнее идеализация, тем больше она маскирует бессознательное обесценивание.

Обсуждая столь быстрое появление невроза переноса, отметим несколько случаев, в которых этот особый феномен действительно существует. Пациенты в состоянии ярко выраженного психоза, особенно те, у которых он протекает очень остро и мучительно, зачастую сразу начинают отождествлять терапевта со своими бессознательными образами. Чрезвычайно быстро формируются глубокие привязанности, особенно если терапевтическая ситуация структурирована правильным образом и терапевт продолжает клиническую работу с пациентом на стадии компенсации.

> Мужчина, находящийся в состоянии острого психоза и страдающий манией величия, несколько недель пребывал в кататоническом ступоре. В течение этого времени, как он признался позже, я казался ему волшебником с ключами от розового «Кадиллака». По его мнению, я ждал, когда он начнет «хорошо себя вести», чтобы отдать ему эти ключи. «Хорошее поведение» означало его отказ от фантазий о разрушении мира, то есть выход из психоза.
>
> В процессе его компенсации мой образ постепенно превращался в образ Божьего пастыря (подобно образу его отца), следящего за сохранением равновесия между его добрыми и злыми поступками. Когда он компенсировался полностью, я превратился в «справедливого психоналитика», которому предначертано вынести справедливый приговор его сумасбродной и скандальной жизни и направить его на стезю более разумной (и добродетельной) жизни.

Такая напряженная концентрация на быстро чередующихся образах при переносе составляла часть нашей работы в течение трех месяцев. В не охваченном психозом Эго при столь кратковременном взаимодействии можно было наблюдать лишь самые слабые и вторичные (производные) мысли и чувства, близкие упоминавшимся выше; причем этим мыслям и чувствам явно не хватало бы психотической страсти.

Пограничные состояния и мгновенный перенос

У некоторых пациентов с пограничными расстройствами в начале терапии будет быстро развиваться невроз переноса, который обычно характеризуется сильной зависимостью, идеализацией и поиском разнообразной материнской опеки. У пациента по отношению к терапевту появляются такие высокие требования и ожидания, которые могут существовать только у маленького ребенка по отношению к матери. Это регрессивное качество людей с пограничными расстройствами разделяет психотерапевтическое сообщество на два лагеря.

Цетцель (Zetzel, 1966, 1971) предложила принимать таких пациентов только раз в неделю. При этом работа во время сеанса должна проводиться преимущественно в рамках тем, не подлежащих исследованию. Она рекомендовала терапевту оказывать пациенту поддержку, быть директивным и уверенным в себе, а также отказаться от своей нейтральности и тем самым гарантировать, что бессознательный трансферентный голод таких пациентов не вызовет переноса, с которым не сможет справиться их хрупкое Эго. Данная установка предполагает, что у этих пациентов ранняя депривация (прежде всего материнская) была настолько значительной, что вызвала устойчивый дефект Эго. Никто не в состоянии возместить утраченную в прошлом любовь и притупить боль, и было бы бессмысленно полагать, что пациент в переносе может вернуть потерянную любовь. Можно быть абсолютно уверенным в том, что пациент никогда не сможет выдержать фрустрацию, возникающую при нейтральной позиции терапевта.

Тогда получается, что бессознательное имеет такую власть, что пациент хочет видеть в терапевте чуть ли не родную мать вместо того, чтобы пользоваться переносом как трамплином для осознания актуальных проблем в любви (в основном вне терапевтических сеансов). Разумеется, все пациенты, позволяющие себе глубоко погружаться в невроз переноса, в какой-то момент ощущают, что терапевт может, должен быть или будет такой желанной трансферентной фигурой. С точки зрения тех, кто рекомендует ограниченную и структурированную терапию, разница между такими пациентами и людьми с пограничными нарушениями заключается в том, что человек с пограничными расстройствами личности нелегко переходит через этоу желательную для него фазу переноса на стадию реалистичного исследования (интерпретации и проработки переноса).

Кернберг (Kernberg, 1972, 1976), как и многие другие авторы с противоположными взглядами на терапию, утверждает, что только полное развитие переноса таких пациентов позволит сколько-нибудь существенно изменить структуру их личности. Структурное изменение происходит постоянно, независимо от связи с терапевтом; оно проявляется, например, в усилении способности выдерживать тревогу и депрессию, печаль и сепарацию, которая может отразиться в повышении устойчивости к фрустрации, а также в уменьшении тенденции к регрессии и отреагированию как способам разрядки дисфорических и болезненных аффектов. Люди с такими изменениями, как правило, будут чувствовать себя хорошо и без поддержки терапевта.

Кернберг считает, что «поддерживающая» терапия будет способствовать подкреплению признаков, симптомов и затруднений у людей с пограничными расстройствами, а не открывать перспективы для дальнейшего развития и достижения личностной зрелости, которое предполагает психоаналитическая, исследовательская терапия. Следует подчеркнуть, что исследовательская установка часто приводит к госпитализации пациента; это дает возможность поддержать его способность справляться с сильными примитивными переносами и найти

способы их проработки. Это возвращает нас к главе 1, а также к той роли, которую играет личность терапевта в предпочтении определенного рода пациентов и техники работы.

Госпитализация как средство работы с тупиковым состоянием при переносе

Практикующий в клинике терапевт хорошо знаком с переносом, который становится прямой причиной декомпенсации и госпитализации. Есть доля иронии в том, что пациенты с более выраженными нарушениями, чем у ранее упоминавшегося молодого физика, прекратившего у меня лечение, испытывают декомпенсации, которые часто являются попытками сохранить терапевта и справиться со своим мучительным переносом, но при этом готов прибегнуть к самым последним средствам. Если Эго такого пациента не в состоянии адекватно переработать проблемы фрустрации и любви и вызываемые ими примитивные ярость и агрессию, клиника превращается в некое подобие вспомогательного Эго.

В таких случаях терапевт, работающий на базе клиники, часто играет роль консультанта или семейного терапевта. Тупик в трансферентных отношениях пациента и терапевта становится главной причиной госпитализации. Консультирующий терапевт и клиническая среда работают на преодоление этого тупика. Самые очевидные тупики — это психозы пациентов во время отпуска терапевта; менее серьезные, но не менее частые тупики возникают в процессе проработки негативных элементов переноса. Все психотики и многие пациенты с пограничными нарушениями боятся почувствовать повышенную раздражительность и злость по отношению к терапевту, как в прошлом они боялись проявления этих эмоций по отношению к значимым для них людям. Скорее у пациента наступит декомпенсация, чем возникнет риск, что он убьет терапевта, совершит самоубийство или (на уровне менее интенсивных переживаний) согласится с утратой любимого терапевта.

Часто случается, что, работая с такими трудными пациентами, терапевт испытывает проблемы (контрпере-

нос) с трансферентным тупиком, похожие на те, в которых оказывается пациент. Клиническая обстановка создает какую-то подавленность и безысходность. Может оказаться, что терапевт не осознает этой трудности и считает, что кризис исходит только от пациента. Больничные службы с их многочисленными источниками информации позволяют выделить эту проблему и обеспечить соответствующее профессиональное обсуждение, позволяющее найти решение. Клиника становится самой безопасной средой для пациента и терапевта, где они могут обсуждать темы, казалось бы, не поддающиеся обсуждению.

Психоз переноса

Определенные особенности развития пациента в раннем детстве могут повысить риск появления у него психоза при углублении переноса. Если в раннем детстве значимые для пациента люди были психотиками и у него произошла глубинная идентификация с ними, он может погрузиться в психотическое состояние, когда эти идентификации вновь оживают в ходе регрессивной аналитической психотерапии. Стоит добавить, что, если в детстве или в подростковом возрасте у пациента был психоз, при актуализации прошлого существует большой риск повторного развития психоза.

Поскольку невроз переноса теоретически воспроизводит инфантильные паттерны невротического переживания, два последующих примера, строго говоря, можно было бы отнести к психозам переноса (Reider, 1957), ибо они просто по определению опираются на ядро инфантильного прошлого, чтобы воспроизвести его в настоящем.

> У женщины, которая большую часть жизни функционировала на пограничном уровне, мать, отец и брат страдали шизофренией. К психотерапевту ее заставили обратиться приступы сильной паники. Ее тревога, как правило, получала разрядку в крайне невоздержанном сексуальном поведении. При углублении переноса у нее снова проснулось стремление обрести «хорошую» мать.

Вместе с желанием близости с матерью возникла необходимость слияния с ее психотической личностью. Это возобновление инфантильных психотических идентификаций с матерью привело к психозу, и тогда ей потребовалась госпитализация.

У таких пациентов любовь к матери смешивается с величайшей, нечеловеческой мукой. Мать для них словно превращается в пламя; согреться от нее — значит сгореть в этом пламени.

Психоз, возникающий во время лечения пациентов с пограничными расстройствами или даже психотических пациентов, у которых болезнь развилась уже во взрослом возрасте, более точно определен как психотическое состояние при переносе, а не как психоз переноса. Такие пациенты обладают хрупким Эго, склонным к отрицанию, искажению и проекции. Когда Эго угрожает чрезмерная тревога, печаль и убийственная ярость, это часто приводит к бессознательному господству чувства реальности и проверке реальности. Хотя в прошлом пациента могла содержаться потенциальная возможность для развития психоза, а тщательное клиническое обследование могло выделить угрожающие тенденции в его мышлении и аффектах, обычно нет данных о предшествующих острых психотических состояниях. По сути, в настоящее переносятся настроение, восприятие или процесс мышления, которые соответствуют в какой-то степени ранним фазам развития, но проявления которых у взрослого являются явными психотическими признаками.

Однако позвольте мне усомниться в таком понимании, вспомнив утверждение Салливена (Sullivan, 1962), что тщательное обследование взрослых шизофреников все-таки позволяет обнаружить психотические эпизоды в их подростковом возрасте. Такие эпизоды обычно бывают связаны с какими-нибудь проблемами: тупиком или неудачей в подростковой гетеросексуальности, безысходной горечью утраты либо возникновением любви,— вызывающими развитие мини-психоза. Напряжение, присущее бурному подростковому переживанию, говорит о непрочных границах Эго, которому в будущем грозит шизофрения.

Мой собственный клинический опыт подтверждает это положение. Однако сам пациент в тот момент не оценивал подобные эпизоды как психотические, и окружающие также редко считали их таковыми. На самом деле переживание переноса взрослым человеком обычно позволяет понять и прояснить пугающие и мистифицирующие переживания прошлого. Важно отметить, что этот смутный эпизод случается в подростковом возрасте, когда пациенты (впоследствии оказывающиеся на нормальном или невротическом уровне) испытывают приступы дурного настроения и периодически склонны к особому иррациональному образу мышления. Попутно можно отметить, что такие смены настроения, характерные для подросткового возраста, похожи на накатывающие волны страха у людей со склонностями к психозу. Обычно мы помним конкретные факты, относящиеся к подростковому возрасту, лучше, чем присущие ему аффективные бури, тогда как в воспоминаниях раннего детства, наоборот, мы больше помним общее настроение, чем конкретные факты.

Перенос как адаптация

В первых исследованиях по вопросам биохимии питания подопытных животных лишали определенных витаминов. Было замечено, что, когда этим животным давали без ограничения самую разнообразную пищу, они стремились есть именно ту, которая компенсировала дефицит витаминов. Аналогичным образом в переносе пациент прежде всего ищет удовлетворения потребностей, которые были фрустрированы в прошлом и не находят своего удовлетворения в настоящем. Это очень важное обстоятельство, без которого мы теряем представление о бессознательной структуре, указывающей нам путь (нить Ариадны), и «разгадывание» переживаний переноса теряет смысл. Именно Эго-адаптивная функция переноса влечет пациента к неразрешенным проблемам в развитии его способности любить. Есть доля иронии в том, что, хотя болезненность этого процесса стимулирует тенденцию к подавлению, возникающий перенос является *антирепрессивным* (Bird, 1972), поскольку вызывает на основную сцену драму забытого прошлого.

Подготовка «места действия» для переноса

Терапевт подготавливает почву для развития переноса; при этом ему не следует совершать почти никаких манипуляций, чтобы вызывать его появление. Однако существуют побочные эффекты терапевтической техники и самого места проведения терапии, помогающие тому, чтобы находившийся в зимней спячке медведь (то есть перенос) вылез из своей берлоги. Возможно, здесь первую и основную роль играет внушение.

Фрейд всегда открыто говорил о роли внушения в психотерапии. Мы внушаем пациентам, что, позволив себе полностью раскрыться и рассказать все (в том числе и то, что препятствует рассказу), они смогут осмысливать и осознавать, а значит, получать возможность справиться с неразрешенным конфликтом (наследием детской беспомощности). Терапевт указывает пациенту тот же путь, каким сновидение пытается соединить в одно целое столько переживаний, сколько позволяет первичный процесс. В терапии, как во время сна со сновидениями, мы исключаем внешний мир, закрываем дверь кабинета, помалкиваем и без крайней необходимости стараемся не прерывать пациента. Мы постоянно поддерживаем определенный порядок, поэтому обстановка в кабинете может отступить на второй план. Наше поведение почти приближается к «нейтральному». Мы стараемся не позволять собственному мнению подавлять переживание пациента и, находясь в тени, возводим декорации, чтобы пациент мог проецировать на них свою драму. В какой-то мере нам приходится принимать участие в этой драме, не информируя постоянно пациента о том, что мы совсем не соответствуем его описанию.

Условия для развития переноса

Крайне важно, особенно на ранних стадиях терапевтического процесса, чтобы перенос мог проявляться и развиваться спонтанно, другими словами, чтобы пациент мог чувствовать себя с нами комфортно, так как первоначально мы кажемся ему странными и совершенно на него

не похожими. Слишком ранние интерпретации разрушают качество «как если бы». Например:

> Мне вспоминается, как один терапевт работал с молодой женщиной-католичкой, которая вскоре после начала терапии стала его воспринимать как одного из своих любимых, идеализируемых священников. Пытаясь вызвать и укрепить негативный перенос, терапевт продолжал убеждать ее в том, что она ошибается. Пациентка смутилась, у нее появилось раздражение (из-за ложной эмпатии), что привело к остановке в развитии ее переноса.
>
> Я посоветовал терапевту, чтобы он сначала позволил пациентке почувствовать себя у него в кабинете «как дома», прежде чем нарушить ее ощущение безопасности, и найти ту идеализированную любовь, о которой она так мечтала. Как иначе она смогла бы осознать все превратности, неудачи и несчастья, которые могли быть связаны с ее несбывшейся любовью?

В своих первых комментариях к феномену переноса Фрейд отмечал: «...когда все сказано и сделано, никого невозможно погубить *в его отсутствие или в его образе*» (1912a, p. 108). Необходимо, чтоб перенос развился во всей его интенсивности и жизненности. Реакции переноса, которые то возникают, то пропадают, труднее прояснять, определять, исследовать, и, что всего важнее,— они менее убедительны и для терапевта, и для пациента.

Такт

Чувство такта и тонкая эмпатия — дар богов психологии терапевту, так как именно они помогают ему справиться с элементами сопротивления сформировавшегося невроза переноса. С одной стороны, как отметил Фрейд в своей работе «Воспоминание, повторение и переработка», перенос — это одно из проявлений навязчивого повторения, форма отыгрывания воспоминаний, существующая вместо аффективно заряженного вербального воспоминания. В своем блестящем описании данного феномена Фрейд утверждал:

> «Бывают случаи, когда пациент не вспоминает о том, что был упрям и отвергал авторитет родителей, а ведет себя соответствующим образом по отношению к врачу. Он не вспоминает, что остановился в своем инфантильном сексуальном исследовании растерянный и беспомощный, а пересказывает множество запутанных сновидений и мыслей, являющихся ему, жалуется, что ему ничего не удается и что судьба преследует его, не давая возможности довести до конца ни одно предприятие. Он не вспоминает, что очень сильно стыдился определенных сексуальных проявлений и боялся, что они раскроются, а показывает, что стыдится лечения, которому подвергается, и больше всего старается скрыть его» (Freud, 1914, p. 150).

В данных примерах трансферентные установки закрывают доступ к влечениям и импульсам прошлого. Недоступными остаются и страхи, вызывающие и поддерживающие подавление. Сбрасывая эти покровы, терапевт делает пациента уязвимым для тревоги, сильной печали о неудачных попытках любви и чрезвычайно трудного признания, что его самые лучшие намерения приводят к неудаче.

Любовь в переносе (особенно в тех случаях, когда терапевт и пациент оказываются разного пола) часто чрезвычайно трудно анализировать с точки зрения сопротивления (аспекты «несопротивления» будут обсуждаться в другой главе). Переживание страсти является подлинным, аффекты – истинными. Кроме того, в терапевтическом процессе возникает такой период, когда анализ этого аффекта становится совершенно бесполезным. В этот период терапия очень напоминает беседу с подростками (мальчиками или девочками), когда им говорят, что их нынешнее «увлечение» – ошибка, и указывают, кого им было бы разумнее выбрать. Сходным образом преждевременная интерпретация вызывает у пациента испуг и тревогу, а также ощущение обманутости и непонятости.

Следствием терапевтического опыта и мудрости является признание пользы пассивного принятия и спокойного пережидания изначального смещения сильных чувств.

В какой-то момент, когда пациент начинает страдать от фрустрации и смутно осознавать свою неспособность справиться с этими сильными страстями, лучше объяснить ему, что с ним происходит. В тех случаях, когда начинается адекватная проработка такого переноса, образ терапевта в глазах пациента может впоследствии совершенно измениться. Одна женщина, которая три года считала меня «героем своего романа», очень мягко и тактично сообщила мне в завершающей фазе терапии, что она ошибалась. Она кратко и чрезвычайно точно перечислила характерные особенности моей личности (которые я не стану здесь называть), однако все они мало ее волновали.

Эротизированные переносы, которые быстро развиваются на начальной стадии лечения, создавая смутную ауру сексуальности и соблазна, обычно являются признаком того, что в будущем развитии невроза переноса ранние отношения с матерью окажутся центральной темой. Пациенты с такими переносами не способны строить с терапевтом адекватные и доверительные отношения, кроме таких, где связующей силой является сексуальность. В биографии пациентов обычно существовали ранние детские депривации в сфере материнско-детских отношений. Например, такие женщины хотят, чтобы мужчины прежде всего заменяли им мать, и только когда эти желания становятся очевидными в переносе, начинается осознание подспудных неудовлетворенных желаний и влечений.

Сила позитивного переноса

Иногда пациент прекращает лечение, чтобы сохранить позитивный перенос, продолжая держаться за то, что было достигнуто под его влиянием.

> Молодой профессор медицины пришел ко мне в состоянии серьезной депрессии во время жестокого кризиса, связанного с разрушением супружеских отношений. Он похудел на 12 килограммов, потерял сон, возможность работать и думать и большую часть дня непрерывно ходил по комнате, испытывая безумную тревогу. У него

стали проявляться признаки паранойи, и он чувствовал, что находится на грани самоубийства. В ходе частых и напряженных сеансов у него быстро развился позитивный перенос по отношению ко мне. Все, что я говорил или делал, с его точки зрения, было совершенно правильным. Вместе с тем у него произошла полная компенсация, и он стал продуктивно работать.

Спустя четыре месяца пациент мне сообщил, что нам придется прекратить лечение, которое, по его ощущениям, было чрезвычайно успешным. Он рассказал, что психиатр, к которому он обращался сначала, сообщил адвокату его жены о его «эмоциональных нарушениях», и это заявление пациент рассматривал как крупное предательство. Он боялся, что на суде это обстоятельство может обернуться против него. У него возникла паранойя и страшная ярость, направленная на прежнего психиатра, но по отношению ко мне он ничего подобного не чувствовал. Пациент объяснил, что наши встречи могли бы помешать благоприятному протеканию судебного процесса, принимая во внимание мерзкий поступок того психиатра. Лучше всего нам было бы закончить лечение, ибо он чувствовал себя очень хорошо.

Мои деликатные расспросы об этом решении вызвали у него сильное сопротивление, и я посчитал целесообразным позволить ему самому регулировать свою внутреннюю психодинамику, допуская, что он чувствует ее предельные возможности лучше, чем я.

Однако давайте на минуту сделаем паузу и отдадим дань уважения силе поддерживающего, позитивного и непроанализированного переноса. Много лет назад доктор Карл Абрахам рассказывал о психопате-невротике, которого ему пришлось обследовать, находясь на военной службе во время Первой мировой войны. Не чувствуя ни эмпатии, ни влияния Супер-Эго, этот человек совершил множество преступлений. При этом он следил за тем, чтобы не заходить слишком далеко, поэтому его наказание заключалось лишь в увольнении с позором. Спустя несколько лет доктор Абрахам случайно встретил этого человека в маленьком немецком городке. Тот был облачен в мантию почет-

ного гражданина этого города и носил медали — награды бургомистра. Несомненно, он пользовался уважением местного общества. Доктор Абрахам вторично познакомился со своим бывшим пациентом и спросил, что послужило источником его успеха в жизни. Оказалось, что вскоре после войны этот человек познакомился с одной весьма обеспеченной вдовой, имевшей детей, женился на ней и полностью вошел в ее жизнь. С тех пор изменилось все его существование. «А что случится,— поинтересовался доктор Абрахам,— если вы вдруг потеряете свою жену?» «О,— сказал его бывший пациент,— если я когда-нибудь потеряю свою мамочку, то опять окажусь в том же положении, в котором был до встречи с ней!»

Слои переноса

Перенос может иметь бесконечное множество самых невероятных проявлений. Иногда умеренный стабильный позитивный перенос не позволяет развиться негативному переносу, порождая более сильные и страстные позитивные сексуальные переносы.

> Незаурядный молодой человек старался справиться с опустошающим чувством собственной неполноценности, для чего поступил в семинарию и, надеясь повысить самооценку, вел праведную жизнь и занимался благотворительностью. Несмотря на все старания и усилия, продиктованные стремлением защититься от депрессии и заслужить одобрение, все закончилось плохо. Кульминацией стал краткий психотический эпизод, во время которого он в присутствии священников произнес страстную речь, полную полубредовых толкований евангельских заповедей. Покинув семинарию, он обратился за помощью к психотерапевту.
>
> На протяжении нескольких лет в его переносе ощущались вежливость, рациональность, благожелательность и подтрунивание над самим собой. При появлении малейших признаков негативного переноса, например чувства ревности по отношению к другим моим пациентам или нетерпения к моим минутным опозданиям,

мы тщательно прорабатывали эти немногие эпизоды недовольства. Я предположил, что ему было стыдно обнаружить передо мной свою неудовлетворенность и несчастность, поскольку он боялся, что я начну его игнорировать или, хуже того, найду какой-нибудь вежливый способ совсем от него избавиться. После этого его воображение захлестнули фантазии о том, как он откусывает мужские пенисы, об изнасиловании своей матери с помощью «пениса-бритвы» (его отец был продавцом ножей). Эти картины перемежались фантазиями о том, как он подвергает меня таким же или другим извращенным и деструктивным сексуальным действиям.

Я предоставил ему возможность на протяжении нескольких недель развивать эти образы и мысли, особенно не интерпретируя их, что привело к появлению новых фантазий. Он стал представлять себя таким, каким он представлял себя в подростковом возрасте: толстым, дряблым, с отвисшими грудями. В детстве отец дергал моего пациента за его «маленький пенис» и часто высмеивал его, когда тот проявлял активность и начинал соперничать. Пациент стал испытывать ужасный страх, что я буду делать то же самое (в буквальном смысле) на наших сеансах.

Его пугала моя способность выслушивать все то, что он говорит, и он страстно желал, чтобы я его бил так, как это делала его мать, находясь в состоянии раздражения, напряжения и депрессии. Он чувствовал, что такое поведение приносило ей некоторое облегчение в несчастливом браке с отцом (усложненная форма мазохизма, поскольку он побеждает отца в борьбе за мать и одновременно излечивает ее от депрессии). Он полагал, что если я стану его бить, то получу такое же облегчение.

После целого года проработки и прояснения этих чувств появился новый сильный позитивный перенос. Этот перенос стал центральным фокусом терапии и источником силы для пациента. Это привело к существенной компенсации состояния его Эго и в личной жизни. Я превратился в долгожданного сильного отца, который не только мог осчастливить мать, а значит, сделать ее доступной и для него тоже, но и придать пациенту сил;

отца, который не только не боялся, но и жаждал соперничества с ним.

Этот новый позитивный перенос трансформировал пассивные, женственные подростковые переживания в гомосексуально окрашенный положительный перенос. Через него пациент пережил всю любовь, которой так сильно желал и не получал от своего шизоидного отца и которой безрезультатно добивался от священников в семинарии. Прежний жесткий рационализм оказался отчасти шизоидным сопротивлением позитивного переноса против яростных негативных чувств и еще более пугающих гомосексуальных влечений. Эта потребность в любящем отце, выражавшаяся в устойчивом позитивном переносе, стала главной темой последующей терапевтической работы.

Заключение

Мы сделали первый шаг в определении переноса и демонстрации некоторых его клинических проявлений. Перенос бессознательно смещает переживания прошлого в символическое представление о настоящем. В нем могут отражаться факты, проживаемые фантазии или то, какими мы хотим видеть события и обстоятельства. Если говорить о переносе как о навязчивом повторении, то такая работа может быть адаптивной или неадаптивной; она позволяет улучшить сознательную память, возвращая в нее вытесненный материал. Иногда эту работу переноса можно использовать, чтобы по-новому справиться с неудачами в прошлом. Кроме того, перенос творчески интегрирует пройденные этапы жизни и ее ключевые моменты с актуальными переживаниями в настоящем.

Проницательный клиницист отдает должное переносу, видя в нем квинтэссенцию биографии пациента, и позволяет ему развиться в такой форме, которая ведет и пациента, и терапевта к клинически значимым событиям и конфликтам психической жизни. Умение распознавать эти события и конфликты и эмпатический такт — ключевые условия, позволяющие справиться с сопротивлением переноса.

Процессы переноса и невроза переноса настолько многоаспектны, что их присутствие можно заметить во всех без исключения проявлениях психотерапевтических отношений. Только в ходе продолжительного изучения и объяснения этого процесса появится более реалистичное и осмысленное понятие переноса.

Глава 3. Контрперенос: Как розу мы ни назовем…

Перенос и контрперенос до открытия Фрейда

Обсуждая проблему сновидений, Фрейд отмечал, что люди, конечно же, видели сны и до появления психоанализа. И феномен переноса на фигуру целителя психологически проницательные люди заметили еще до открытия Фрейда. Регрессивная потребность в воспроизведении прошлого, в изложении своей личной истории через аффект и действие, чтобы с помощью другого человека овладеть ею в настоящем, нашла свое отражение в следующем примере интуитивной психологии, взятом из проповедей учителя и мистика Рабби Нахманна (1771–1810) из Брацлава, или Братиславы (Matt). Рабби Нахманн был одной из тех хасидских «пламенных душ», чья неуемная энергия концентрировалась и на земных, и на духовных таинствах.

История человека, который стал индюком

Один принц сошел с ума и вообразил себя индюком. Скинув с себя одежду, юноша обнаженным сел под стол и отказывался принимать обычную пищу. Он ел лишь овес и обгладывал мелкие косточки.

Его отец, король, созвал докторов со всего света, чтобы вылечить сына, но те ничего не могли сделать. Наконец, к королю пришел один мудрец и сказал: «Я берусь вылечить твоего сына».

Он сразу снял с себя всю одежду, залез под стол и, сев рядом с принцем, стал собирать с костей кусочки мяса и зерна овса и класть их себе в рот.

Принц спросил его: «Кто ты такой и что ты здесь делаешь?» Мудрец ответил: «А кто ты такой и что ты здесь

делаешь?» Принц ответил: «Я индюк». Мудрец сказал: «Я тоже индюк».

Так эти два индюка сидели вместе, пока не привыкли друг к другу. Как только мудрец это заметил, он намекнул королю, что было бы неплохо принести ему рубашку. Он надел ее и сказал принцу: «По-твоему, индюкам нельзя носить рубашку? Можно, даже если он ее наденет, все равно останется индюком». Принц прислушался к его словам и тоже согласился надеть рубашку.

Несколько дней спустя мудрец попросил короля, чтобы ему принесли штаны. Надев их, он сказал принцу: «Ты считаешь, индюку не разрешается носить штаны? Разрешается, и, если он их наденет, все равно останется настоящим индюком». Принц с этим согласился и тоже надел штаны.

Так постепенно, следуя наставлениям мудреца, принц полностью оделся. Затем мудрец попросил, чтобы на стол поставили нормальную человеческую еду. И тогда он взял пищу и стал ее есть; при этом он сказал принцу: «По-твоему, индюку нельзя поесть немного хорошей пищи? Можно есть лучшую пищу в мире и оставаться настоящим индюком». Принц с этим согласился и стал есть, как все остальные.

Увидев это, мудрец сказал принцу: «По-твоему, индюк действительно должен сидеть под столом? В этом нет никакой необходимости! Индюки могут ходить где угодно, и никто не скажет ничего против». Принц внял сказанному и принял совет мудреца. Сначала он вылез из-под стола, встал на ноги и пошел, как все нормальные люди, а затем стал вообще вести себя, как все, забыв о том, что он – индюк.

В этой истории принц регрессировал на раннюю стадию младенческого состояния. Он правит детским царством под защитной крышей материнского символа – стола, на котором находится пища, оставленная его заботливыми родителями. Он становится упрямым и крайне негативистски настроенным и выставляет напоказ свое несчастье. Из повествования неясно, чем именно была вызвана его регрессия. Нет полной ясности и в том, поче-

му он регрессировал именно на данный уровень. Ясно лишь, что принц поставил себя в зависимое положение от окружающих его людей, при этом явно отвергая их помощь. Это классическая ситуация, в которую попадают многие пациенты-психотики.

С точки зрения современного человека поступки мудреца кажутся психологически невероятно компетентными. Он поступает так, словно прочитал Фрейда и Сирлза (Searls, 1965), возможно, даже труды экзистенциалистов, ибо знание и суждение отходят в сторону в интересах жизни и сопричастности к тому, что происходит. Он работает неторопливо, конфронтирует немного и проявляет эмпатию, позволяющую принцу выйти из позиции нейтрального наблюдателя и медленно раствориться в симбиозе с мудрецом, в котором и он сам, и принц считают себя индюками. Только когда был достигнут этот «индюшиный» трансферентный симбиоз, поведение мудреца изменилось: он стал больше интерпретировать, причем его интерпретации были направлены на достижение сепарации и индивидуации. Такое поведение прекрасно иллюстрирует описанные Сирлзом стадии взаимодействия терапевта и пациента в процессе лечения шизофрении (Searls, 1961b).

Гибкость «рабочего Эго» мудреца является принципиально важной для «участвующего наблюдателя» в концепции Г. С. Салливена. Принимая перенос принца, целитель в то же время берет в расчет отщепленное Эго пациента, находящееся вне психоза, и предлагает непсихотическое Эго для идентификации с ним. У принца развиваются два переноса: первый — инфантильная фантазия об индюке; второй — исходящий от зрелого Эго, которое у него все-таки существует. Мы можем назвать это непсихотической частью Эго. С помощью этого более зрелого переноса мудрец пытается изменить наказывающее «индюшиное» Супер-Эго и таким образом дать выход находящимся под запретом импульсам и расширить диапазон возможного отношения Эго к реальности.

Рассказ о смелом опыте мудреца, который подстроился к трансферентным нуждам принца, подводит нас к следующей теме — контрпереносу. Эмпатическое вхождение

мудреца в роль — это регрессия его «рабочего Эго» на пользу терапевтическому процессу. Не так давно возник большой интерес к работам Джона Розена, который применял такой же подход к неконтактным пациентам, находящимся в состоянии острого психоза («прямой анализ»). Так, например, Розен мог играть роль «Бога-отца», включаясь в религиозные галлюцинации психотического пациента, крича, убеждая и управляя его вниманием. Сами по себе такие действия не могли существенно повлиять на лечение, однако способность терапевта входить в роль является важной составляющей эмпатического резонанса с регрессивными потребностями пациента.

Существует огромный соблазн начать с допущения, что перенос — процесс односторонний. У пациента происходит перенос на терапевта, а тот по инерции, словно дверь, которую пнули в сердцах, выместив на ней свой гнев, отражает весь процесс пациенту, следуя одной из рекомендаций Фрейда. Фрейд говорил, что терапевту следует

> «...во время психоаналитического лечения брать в пример хирурга, отбрасывающего в сторону все свои чувства и даже человеческое сострадание и направляющего все свои душевные силы к одной цели — сделать операцию как можно искуснее... Эмоциональная холодность аналитика создает для обеих сторон самые благоприятные условия...» (1912b, p. 115).

> «Врач должен быть непроницаем для своих пациентов и, как зеркало, не показывать им ничего, кроме того, что они показывают ему» (1912b, p. 118).

Признавая тот факт, что аналитикам недостает хирургической точности, Фрейд в 1910 году впервые употребил термин *контрперенос*, открывавший новые возможности для расширения границ психоаналитического понимания.

> «Другие нововведения техники касаются личности врача. Теперь мы стали осознавать существование “контрпереноса”, появляющегося у врача благодаря воздействию пациента на бессознательные чувства врача, и не далеки от того, чтобы предъявить врачу требование, что он дол-

> жен распознавать и одолевать этот контрперенос... Всякий психоаналитик успевает настолько, насколько допускают его собственные комплексы и внутренние сопротивления, и мы требуем поэтому, чтобы он начал свою деятельность с собственного анализа и непрерывно его углублял по мере увеличения его клинического опыта» (1910a, p. 144–145).

Здесь надо, однако, привести и другое его известное замечание: «...главным барьером для самоанализа является контрперенос».

И только намного позже (1918) основной задачей психоаналитического образования стал учебный анализ у другого аналитика. Фрейд понимал, что бессознательное аналитика аффективно возбуждается в процессе восприятия и «считывания» переноса пациента. В этом отношении история контрпереноса похожа на историю переноса: сначала его наличия просто не предполагали, затем его заметили и рассматривали в основном как сопротивление. Только уже после Фрейда контрперенос, наряду с переносом, начал рассматриваться как важный инструмент лечения. И действительно, поиск и прояснение смысла контрпереноса, а также его использование стали, наверное, одними из самых больших творческих достижений в психоанализе и психотерапии со времен Фрейда. Понятие контрпереноса позволило совершить переход от узкой индивидуальной интрапсихической психологии к чрезвычайно сложной психологии двух индивидов, изучающей результаты взаимодействия двух психических реальностей.

Психология двух взаимодействующих персон

Еще до смерти Фрейда возник интерес к психологии двух взаимодействующих людей. В. Райх (Reich) писал:

> «И, наконец, неправильно понимать основное правило психоанализа так, что аналитик должен оставаться для пациента непроницаемым экраном, на который тот проецирует перенос, и предполагать, что терапевт по своему поведению всегда напоминает только некое подобие

неодушевленной мумии. В таких условиях могут "растаять" лишь очень немногие пациенты, а значит, неизбежно потребуются искусственные, неаналитические средства. Нет никаких сомнений, что к агрессивному пациенту следует подходить иначе, чем к пациенту-мазохисту, а к гиперактивному истерику — иначе, чем к человеку, находящемуся в депрессии; что терапевт изменяет свою установку по отношению к пациенту соответственно ситуации, коротко говоря, терапевт не ведет себя невротическим образом, даже если он сталкивается с собственными невротическими проблемами» (1933, p. 139).

Хайманн (Heimann, 1950) сделала шаг вперед, рассматривая контрперенос в качестве основного средства понимания пациента, а не только как сопротивление такому пониманию. Когда этот шаг был сделан, контрперенос повторил путь переноса. Сандлер с соавт. (Sandler et al., 1970) кратко описали нововведение Хайманн следующим образом:

«Бессознательное аналитика "понимает" бессознательное пациента. Эта глубинная связь проявляется в виде чувств, которые аналитик испытывает по отношению к пациенту в своем контрпереносе ... [Аналитик должен] сдерживать разбуженные чувства, а не давать им разрядку [как, впрочем, и пациент], подчиняя их аналитической задаче зеркального отражения ... аналитик может осознать возрастание своих эмоционально окрашенных реакций на пациента, которые сразу нельзя связать с поверхностным содержанием его ассоциаций, но которые все же указывают на определенную роль, которой пациент бессознательно наделяет аналитика. Таким образом, осознание аналитиком своих реакций может открыть дополнительную возможность понимания бессознательного пациента» (p. 85).

Приблизительно в это же время Литтл, работавшая с пациентами, способными к глубокой регрессии, утверждала, что перенос и контрперенос — две стороны одного феномена: «Контрпереноса следует бояться и избегать не больше, чем переноса; фактически его нельзя избежать,

можно лишь заниматься его поисками, чтобы в какой-то мере им управлять и, по возможности, использовать» (Little, 1951, p. 40).

Определение контрпереноса и его формы

Совершив этот краткий экскурс в историю, попытаемся дать предварительные определения и прояснить смысл феномена контрпереноса. В самом строгом смысле это перенос терапевта, своего рода дополняющая часть к переносу пациента на терапевта. Контрперенос — это бессознательная склонность терапевта смещать свой эмоциональный интерес со значимых людей и с прошлых переживаний на личность и образ пациента. Бессознательный перенос терапевта на пациента наносит ему максимальный вред главным образом тогда, когда он является продолжением невроза переноса. В качестве невроза переноса он подразумевает (как это бывает у пациента) *сопротивление* осознанию материала и — прямо по определению — отыгрывание со стороны терапевта. Поскольку образ терапевта, сложившийся у пациента, менее нейтрален, чем образ пациента в глазах терапевта, у последнего нет нейтрального фона, помогающего ему в проверке реальности и интерпретации. Кроме того, разные формы контрпереноса могут зависеть от самых разных факторов. Далее мы кратко охарактеризуем эти формы контрпереноса, а затем исследуем каждую из них более основательно.

1. *Эмпатический контрперенос.* Терапевт бессознательно придает форму и усиливает существующие и/или потенциально возможные черты своей личности в ответ на трансферентные требования пациента. Например, терапевт может слишком верить паранойяльным жалобам пациента на всемирную несправедливость или все больше следовать настойчивому желанию находящегося в пограничном состоянии пациента видеть в нем бездонный источник любви и понимания. Менее явными могут быть злость и раздражение терапевта, вызванные поведением пациента, который бессознательно добивается, чтобы его отвергли и бросили.

2. *Уникальный контрперенос.* Существует изначально неблагоприятное сочетание черт личности психотерапевта и пациента, которое вызывает существенное «встроенное» сопротивление проработке основных трансферентных конфликтов пациента. Так, неразрешенные гомосексуальные проблемы терапевта могут привести к появлению у него затруднений и страха в работе с пациентами-гомосексуалистами. У терапевта с неразрешенной проблемой подросткового бунта могут возникнуть трудности с установлением ограничений для импульсивных пациентов или пациентов с упорным отыгрыванием. Терапевт с заметными склонностями к мазохизму может получать бессознательное удовлетворение от чувства вины при работе с пациентами с ярко выраженными садистическими чертами.

3. *Ситуационный контрперенос.* Ситуационный контрперенос определяют два характерных элемента: особые личные обстоятельства терапевта и особенности данного терапевтического окружения и культуры. Следует учитывать влияние на терапевта существенных изменений в его личной жизни и профессиональном развитии. Все эти изменения в той или иной степени длительны и преходящи (это случаи болезни, смерти, вступление в брак, рождение детей, изменение целей в профессиональной сфере). На аналитика могут оказывать влияние установки и взгляды терапевтической среды на психотерапию, регрессию и длительность лечения, а также общее культуральное отношение к психоаналитическим методам лечения.

4. *Характерологический контрперенос.* Характерологические факторы — это прежде всего общее мировоззрение и установки терапевта, не связанные с отношением к какому-либо конкретному пациенту. В большой степени они основываются на остаточных элементах переноса терапевта, а также на его темпераменте. Именно эта область определяет характерный уровень толерантности аналитика к стрессу и фрустрации, соотношение оптимизма и пессимизма, а также его компетентность и степень профессионального интереса.

Перенос, контрперенос и реальность

Винникотт употребляет термин *объективный контрперенос*: «Объективный контрперенос — это ответная реакция любви и ненависти аналитика на реальную личность и поведение пациента, основанная на объективном наблюдении» (Winnicott, 1947, p. 195). Хотя этот феномен отчасти подпадает под категорию «эмпатического контрпереноса», Винникотт подчеркивает реалистический и адекватный аспект реакции терапевта — такая реакция на данного пациента возникла бы у большинства людей. Называть такие реакции контрпереносом — значит в какой-то мере вносить путаницу, ибо на пациента ничего не переносится. Соглашаясь с тем, что терапевт может реагировать «реалистично», мы одновременно утверждаем, что далеко не все происходящее между пациентом и терапевтом является, строго говоря, переносом. Свободное употребление понятия *контрперенос* приводит к тому, что само это понятие становится запутанным и расплывчатым, особенно если рассматривать контрперенос одновременно как некий барьер и как ключ к пониманию особенностей психодинамики переноса пациента. Перенос включает в себя довлеющее, эмоционально окрашенное воздействие прошлого на актуальное восприятие реальности. Реалистичные реакции — влияние реальной действительности на способность человека к восприятию и формированию осмысленных суждений. Точно так же можно противопоставить «проживание» и вызванное переносом «отреагирование». Эти понятия противоположны друг другу; в противном случае понятия «рост», «развитие» и «реальность» имеют мало смысла.

Эмпатический контрперенос

Эмпатический контрперенос не оставляет равнодушным ни одного человека, увлеченного психоаналитическим процессом — процессом, который выманивает из укрытия перенос во всех его осязаемых и живых проявлениях. Психотерапия испытывает судьбу тем, что заставляет нас жить на самом острие эмоциональных переживаний.

Бессознательно мы примериваем на себя и играем многие роли, полностью или частично проживая их; причем эти роли нам приписывают пациенты, и часто мы начинаем играть эти роли прежде, чем их осознаем. Терапевт испытывает некое удовольствие, подстраиваясь под трансферентные потребности пациента.

Чтобы предоставить пациенту возможность для проекции, терапевт должен обладать определенными личностными качествами. Одна довольно наблюдательная женщина как-то заметила, что она никогда не смогла бы овладеть моей профессией. «Ваша работа — это мой симптом!» — сказала она, имея в виду свою склонность поддаваться и уступать желаниям других людей. Реакции контрпереноса отвечают эта роль «участвующего наблюдателя» (Sullivan, 1954), а также умение входить в роль и исполнять ее (Sandler, 1976). Терапевт всегда проявляет известную степень такой податливости до того момента, пока не осознает ее; однако подобное осознание может появиться далеко не сразу. Поскольку не только у пациента, но и у терапевта интегративные процессы продолжаются и после завершения терапии, возможно, только лишь после расставания с пациентом мы в состоянии ясно осознать те роли, которые мы бессознательно играли и интуитивно интерпретировали.

Использование эмпатического контрпереноса

Бывает трудно сказать, какие реакции переноса будут вербализованы и осознаны, а какие — нет. Терапевт часто испытывает серьезное усиление контрпереноса (от которого он может прийти в отчаяние), пока наконец не наступит некоторое облегчение, связанное с возможностью вербализовать и понять его содержание. Например:

> После нескольких месяцев терапевтического лечения у пациентки появилась тенденция все оспаривать и предъявлять претензии. В чрезвычайно резкой форме она оспаривала любое замечание и любую интерпретацию, настаивая на том, чтобы я объяснял свои мотивы, подходы, цели и намерения. Считая, что на это не стоит тратить время сеансов, она заваливала меня длинными и подроб-

ными письмами, требуя, чтобы я наметил план лечения и стал более активным и открытым. Она стала часто звонить мне по телефону с такими же просьбами. Получалось так, будто я оказался пациентом, а она — в некотором смысле деятельным терапевтом, постоянно осуществляющим интервенции. Произошла смена ролей, или, в других терминах, в представлении пациентки объект и саморепрезентация поменялись местами.

Хотя я постоянно старался сохранять сочувствующую, тактичную, но при этом нейтральную позицию в исследовании ее поведения, я все больше и больше начинал думать, что не смогу с ней работать. Меня пугали ее нападки, ее постоянное «сканирование» (я не мог даже моргнуть, не услышав затем ее замечания или комментария), и я чувствовал себя так, словно в ее власти находится не только мой рассудок, но и мое тело. Слово «отвращение» не будет слишком сильным определением ощущения, сопровождавшего мои открытия в те редкие моменты, когда мне как терапевту удавалось избегать чувства вины и быть честным с самим собой.

Дальше произошло то, что я меньше всего предполагал, а именно: последовал ее трогательный рассказ об ужасной болезни матери, начавшейся, когда пациентка была еще подростком. Тогда произошла смена ролей. Мать требовала, чтобы дочь стала ее личной сиделкой и помогала ей в отправлении ее интимных физиологических функций. Она должна была следить не только за мочеиспусканием и деятельностью кишечника, но и менять вагинальные свечи, а нередко и мыть гениталии матери. Пациентка заново переживала отвращение, беспомощность и непереносимое чувство давления и эмоциональной переполненности. Затем я осознал, что в течение нескольких недель в своем поведении по отношению ко мне она словно была больным, наполненным смертельным страхом материнским телом и постоянно изображала свои прошлые переживания, вынуждая меня выполнять те же функции и испытывать те же чувства, которые были у нее по отношению к матери.

Как терапевты мы не предлагаем себя сознательно для таких ролей; в какой-то момент просто оказывается, что мы их играем, а затем, если повезет, понимаем их. Огромное значение для понимания сущности переноса имеет то, что это понимание вытекает из нашего опыта, а вовсе не из абстрактных идей.

Ненависть в контрпереносе

Винникотт (Winnicott, 1947) делал акцент на той роли, которую играет ненависть в контрпереносе, особенно в процессе лечения пациентов-психотиков. Поскольку проекция является основной защитой психотиков, постоянная перегруженность деструктивными фантазиями и импульсами приводит к тому, что они видят подобные качества в терапевте. Следовательно, терапевт постоянно испытывает побуждение вести себя таким образом, что пациент истолковывает его поведение как проявление сильной неприязни или даже ненависти. Пациент начинает провокативно тестировать терапевта, постепенно ослабляя его способность отвечать своим неимоверно возрастающим требованиям и в конце концов вызывая у терапевта настоящие чувства неприязни и ненависти, которые он вынужден подавлять.

> Женщина, страдающая паранойей и склонная к сверхточным детальным описаниям, считала, что я говорю в основном неверные вещи, и часто обвиняла меня в полном ее непонимании. Она так часто обвиняла меня в психологической бестактности, что я не переставал изумляться тому, что она все еще продолжает у меня лечиться. Она высмеивала мои привычки, манеру одеваться и обстановку у меня в кабинете. Она делала пренебрежительные замечания о людях моего социального круга, и было совершенно ясно, что эти замечания относятся и ко мне, и к моей семье. При этом она часто приходила в ярость по поводу моих прошлых оплошностей, за которыми она буквально «охотилась», и постоянно была готова освежить мою слабую память, перечисляя факты моих упущений и нарушений профессиональных обязан-

ностей. Мои малейшие попытки проанализировать ее поведение вызывали у нее регрессивные паранойяльные состояния, когда она яростно обличала мою неспособность заботиться о ее благополучии и учитывать ее чувствительность к стрессам.

Не считая этих обвинений, имеющих явную цель разрушить мое чувство профессиональной компетентности, она редко думала обо мне. После нескольких лет лечения у пациентки не возникло ни малейшей романтической увлеченности моей личностью, и, следуя собственным путем, она продолжала себя «анализировать». Несмотря на все мои усилия понять психодинамику такого поведения (что было совсем нетрудно, ибо у нее в прошлом было много повторяющихся травматических событий, а ее родственники страдали нарушениями психики: ее отец был по меньшей мере пограничной личностью, а мать испытывала периодические приступы психоза), несмотря на «вызывание духов» из своего прошлого (всех бесконечно терпеливых учителей, владевших искусством работы с сильно нарушенными пациентами) и несмотря на свое желание участливо относиться к страдающему человеку, я стал в конце концов испытывать злобу к этой женщине.

Несколько лет такого лечения привели к тому, что я все чаще стал осознавать, что иногда я ненавидел ее по-настоящему и получал огромное удовольствие и облегчение, когда она пропускала сеанс. Я продолжал с ней работать прежде всего потому, что она продолжала приходить на сеансы (что никогда не прекращало меня изумлять), а также потому, что в ее жизни происходили существенные перемены к лучшему.

Однако враждебность изматывает, и в какой-то момент мой нарциссизм не выдержал. Я дал волю своей ненависти, вкладывая ее в интерпретации ее ледяного холода; при этом я чувствовал, что мне все равно, примет она их или нет. У меня было не меньше прав на существование, чем у нее. Я добился прежде всего внутренней сепарации от нее. Если я не мог вылечить ее «эмпатически», это вовсе не означало, что я виноват. Именно такой сепарации пациентка до сих пор не могла достичь в отношениях со своей психотической матерью.

> Возможно, как раз из-за отсутствия чувства вины в моем изменившемся отношении к пациентке я с удивлением обнаружил, что, оказывается, она прислушивается к моим словам. Она подчеркнула, что я оказал важное влияние на ее способность выносить тяготы жизни, и, рассказывая о своем несчастном детстве, объяснила, почему ей было необходимо пренебрежительно от меня отстраняться и защищаться от привязанности. Она оживила в моем контрпереносе свое ощущение необходимости выдерживать жестокие удары судьбы в надежде на исцеление своих больных психозом родителей. Я стал ее беспомощным детским Я, когда она отыгрывала роль своей отстраненной психотической матери, высокомерной женщины, которая защищала себя от ощущения страшного несчастья, унижая других. Но, в отличие от нее, я себя вылечил и нашел возможность для сепарации, не испытывая чрезмерного чувства вины.

Моя болезненная психологическая одиссея имеет отношение к глубинному желанию многих тяжело нарушенных пациентов: если они исцелят отчаявшуюся трансферентную фигуру терапевта, в которой отразился собирательный образ родителей и их израненного детского Я, то тогда есть надежда на исцеление их самих. После описанного выше периода терапии я обнаружил, что моя ненависть к этой женщине существенно ослабла. Появилась глубокая нежность, а вместе с ней стало возрастать эмпатическое терпение. Такой же процесс (но еще более интенсивный) затем повторился в психике пациентки и вызвал важные изменения. Она обнаружила свою любовь к родителям, которую она в отчаянии скрывала в детстве, чтобы переносить ледяную атмосферу царящего дома психоза. Это привело к тому, что она идентифицировалась с агрессором.

В таких случаях, когда степень ненависти превышает допустимый эмоциональный предел, легко похоронить все неприятные чувства. Терапевт не может терпимо относиться к наличию у себя ненависти к пациенту; в такие моменты стоит задать себе вопрос: «Если я испытываю такие чувства, то зачем продолжать работать с этим пациентом?» Или еще лучше: «Почему бы мне не найти

другой подход в своей работе?» Но, когда негативный перенос и контрперенос оказываются под контролем, эта явная ненависть вытесняется и в пациенте, и в терапевте.

В процессе любой аналитической психотерапии могут оживать все ранние инфантильные способы агрессивной защиты. Терапевт — не вычислительная машина, действующая исключительно на основе логических операций. Способность чувствовать — одно из главных достоинств терапевта, которое должно постоянно в нем присутствовать. Вспомним замечательную фразу Винникотта о том, что «мать ненавидит ребенка задолго до того, как ребенок начинает ненавидеть мать, и до того, как он узнает, что мать его ненавидит» (Winnicott, 1947, p. 200). Винникотт считал, что терапия будет неполной, если пациент никогда не придет к пониманию того, что пришлось вынести терапевту ради поддержания терапевтического процесса. Без такого понимания, полагал Винникотт, пациент «в какой-то мере находится в положении ребенка, который не в состоянии понять, чем он обязан своей матери» (1947, p. 202). Отсюда становится ясно, что при такой психотерапии терапевт платит определенную цену за то, чтобы понять пациента. Нейтральное отражающее зеркало известной метафоры Фрейда превращается в процессе лечения тяжело нарушенных пациентов в зеркало Алисы из сказки Льюиса Кэрролла: пациент совершает прыжок и «приземляется» на нашей эмоциональной территории, вызывая у нас удивление, изумление, оцепенение и, возможно, удовольствие.

Уникальный контрперенос

В основе уникального контрпереноса лежит легко актуализирующаяся взаимосогласованность трансферентных потребностей пациента и терапевта. Такой контрперенос является одним из источников тупиков или ухудшений в терапии, ибо его разрешение таит в себе потенциальную угрозу для душевной организации терапевта, который либо не может осознать сопротивления контрпереноса, либо отвергает его, избегая сталкиваться с болезненными последствиями собственной терапии.

Это осложнение в отношениях переноса-контрпереноса часто привлекает к себе внимание, если включает отыгрывание сексуальных чувств, выступающих в качестве сопротивления интерпретации переноса и его разрешению. Обычно это очень грустные для обоих участников истории.

Молодая, довольно красивая женщина-модельер, обладающая приятными манерами, жаловалась на усиливающуюся тревогу, неспособность сконцентрироваться и наркотическую зависимость. Кроме того, ее мучило навязчивое промискуитетное поведение. После нескольких месяцев лечения у мужчины-терапевта она решила, что все эти симптомы у нее ослабли. В основном ее мысли и чувства были заняты идеализированным ею терапевтом, которого она посещала трижды в неделю. Ее терапевт, мужчина, недавно расторгнувший свой крайне неудачный брак (к тому же имеющий длинную череду неудачных отношений с женщинами), также оказался под сильным влиянием этого идеализированного отношения пациентки.

Когда пациентка стала явно выражать свое страстное желание, чтобы психотерапевт ее обнимал, утешал и перечислял все свои прошлые неудачи в попытке добиться безусловной любви, он постепенно стал подчиняться ее желаниям. Сначала это были нежные и продолжительные объятия в конце сеанса, но вскоре пациентка и терапевт вступили в сексуальные отношения во время сеанса. Затем терапевт и пациентка перенесли свою страстную любовь из лечебного кабинета в другое место; между ними возникла постоянная связь. Одновременно терапевт продолжал лечить пациентку (и, как обычно бывает в таких случаях, перестал брать у нее плату за лечение).

Прошло немного времени, и пациентка обнаружила, что идеализированный ею терапевт является слабым и зависимым и не способен сделать ее счастливой. С возвращением всех прежних симптомов она стала себя чувствовать еще более несчастной.

В данном случае эротизация служила прикрытием более глубоких проблем, связанных с дефицитарностью в материнско-детских отношениях. Эти проблемы повлекли

за собой фрагментирующую депрессию в терапевтической проработке. И терапевт, и пациентка использовали эротическое влечение для защиты от невыносимой и пугающей печали и грусти, порожденных событиями прошлого и настоящего. Кроме того, определенную роль в истории жизни пациентки сыграла ее депрессивная психотическая мать, которая делала странные лесбийские предложения дочери, когда та была ребенком. Ведущая гетеросексуальность стала защитой от этих страшных детских переживаний, а также от сопровождающей их депрессии.

Консультируя этот клинический случай, я направил пациентку к терапевту, который умел работать с такой формой сопротивления депрессии и понимал необходимость переживания печали для того, чтобы примириться с прошлым. Первый терапевт отказался принимать участие в консультации, однако обратился за помощью к своему собственному аналитику. Важно отметить, что второй терапевт также не был защищен от сексуальных чувств, вызываемых этой пациенткой, которая воспроизводила в переносе свое прошлое и свои способы справляться с тревогой. Но различие между ними заключалось в том, что второй терапевт не отреагировал на эти чувства, а стремился распознать их внутри себя, чтобы понять переживания пациентки.

Перенос пациентки в этой новой для нее терапевтической обстановке был чрезвычайно болезненным. Соблазнив своего терапевта, она столкнулась бы с угрозой его потери, ибо он оказался бы в ее глазах таким же ранимым и не заслуживающим доверия (как ее соблазняющий отец). Она боялась, что неудачная попытка соблазнения приведет к потере любимого объекта и она будет покинута, поскольку чувствовала уверенность только в отношениях, основанных на сексуальности.

Это пример неблагоприятного навязчивого эротизированного переноса, требующего от терапевта глубокого понимания самого себя, чтобы справиться со скрытыми переживаниями горя и печали.

Однако может иметь место и совершенно противоположное соотношение.

Женщина в течение многих лет проходила терапию, прорабатывая с терапевтом первичные травмы раннего детства, нарциссизм и чувство инфантильного всемогущества, а также многие другие проблемы, непосредственно связанные с периодом раннего детства. Все эти проблемы действительно существовали, и работа с ними принесла пациентке реальную пользу, однако после завершения этого удачного лечения оказалось, что она по-прежнему сталкивалась с трудностями в отношениях с мужчинами. Тогда она обратилась к другому терапевту, который прежде всего сконцентрировал свое внимание не на материнско-детских отношениях, а на сексуальных чувствах по отношению к мужчинам и чувстве соперничества по отношению к женщинам. Она вспомнила, что многие из этих проблем возникали в процессе прежнего лечения, но тогда зрелая сексуальность не заняла центрального места в лечении. (Другая пациентка первого терапевта также сталкивалась с подобными трудностями.)

Избегание негативного переноса

Часто проблемой, связанной с контрпереносом, является неспособность терапевта выдерживать прямое воздействие негативного переноса. У таких терапевтов постепенно складывается практика, состоящая главным образом из благодарных пациентов. Такие терапевты проявляют исключительную поддержку, необычайно расположены к телефонным разговорам с пациентами и к предоставлению дополнительных сеансов. Они редко указывают пациенту на свойственную ему агрессивность и даже стараются вести себя таким образом, что пациенту трудно испытывать злость. Плата за терапию у таких аналитиков может быть чрезвычайно низкой; они позволяют пациенту долго не оплачивать анализ, нередко вызывая у того чувство вины и желание раздражать такого великодушного терапевта. Иногда, если профессия пациента связана с психологией или психиатрией, терапевт может рекомендовать его кому-то как специалиста, создавая тем самым зависимость его заработков от своей доброй воли. Тера-

певт может попасть под влияние потворствующего, идеализирующего переноса, ошибочно считая, что поддерживающая, заботливая и эмпатичная атмосфера создает «корректирующий эмоциональный опыт». Такие факты обычно понятны сторонним наблюдателям — друзьям пациента и коллегам терапевта, наблюдающим подобные истории на протяжении многих лет. Любые, даже очень тактичные замечания в адрес такой терапевтической пары обычно легко вызывали к жизни непроработанный негативный перенос.

Существует множество возможных форм такого искаженного взаимодействия, но точное их число неизвестно. Помимо того, что о случаях такой «рассогласованности» не всегда сообщается, они не всегда осознаются, что не позволяет оценить даже их относительное количество и частоту. Однако именно тупиковое состояние психотерапевтического процесса может послужить аналитику указанием на то, что в сложившейся ситуации он избегает негативного переноса (хотя терапевт может считать, что для этого есть другие причины).

Ситуационный контрперенос

Этот вид контрпереноса связан со спецификой ситуации или обстановки, в которой протекает терапевтический процесс и которая в значительной степени его определяет. К таким ситуациям относятся, в частности, изменения в жизни терапевта: его болезнь, смерть значимых для него людей, любовь и вступление в брак, рождение детей и ключевые этапы его профессионального развития. Кроме профессиональной позиции самого терапевта, существуют и общие установки профессиональной среды, в которой терапевт работает.

Неудачи в лечении, фантазии о спасении и мазохизм

В определенные ключевые стадии развития начинающий терапевт склонен к сильным реакциям, которые с течением времени и накоплением опыта могут повторяться уже не так интенсивно. Несколько лет назад я попросил

каждого участника семинара психиатров-ординаторов выбрать случай из своей практики с большой частотой сеансов и продолжительностью не менее года, который оказался трудным для них и закончился неудачей. Сам выбор случаев был весьма примечателен с точки зрения их сходства, а также с точки зрения развития отношений переноса-контрпереноса.

Все пациенты имели тяжелые пограничные нарушения или были явными психотиками. В некоторых случаях они оказались в числе первых пациентов в практике ординаторов. Истории жизни и внутренние конфликты этих пациентов не слишком сильно отличались от историй жизни и внутренних конфликтов самих ординаторов; кроме того, они были примерно одного возраста. Изначальная идентификация терапевта с пациентом была чрезвычайно сильной, а потому поглощала много энергии. Например, один из пациентов был приблизительно одного возраста с терапевтом, одного с ним пола, был таким же отличным футболистом и, подобно терапевту, прошел прекрасную школу атлетической подготовки. Аналогичные сходные черты были отмечены у женщин, и, как заметила одна женщина-терапевт с характерной для нее искренностью, даже стили их защиты были сходными. И в других случаях были отмечены аналогичные явные элементы идентификации между пациентом и терапевтом.

В самом начале своего обучения анализу каждый терапевт жаждет и чувствует себя обязанным «спасти» пациента. Эта фантазия о спасении заставляет терапевта потворствовать переносам пациента, проявляя к нему постоянную эмпатию. Пациенты чувствовали заботу и внимание со стороны столь участливых терапевтов. На первой стадии лечения возникали огромные изменения в психическом состоянии пациента, еще более подкреплявшие интерес и не позволявшие угаснуть пылу каждого из начинающих терапевтов.

Однако по окончании периода медового месяца перенос приобретал все более негативный характер. Терапевтическое сочувственное принятие превращалось в мазохизм, поскольку все терапевты начинали чувствовать

возрастающее недовольство пациентов, считавших их ответственными за свои проблемы и несчастья. Терапевты оказались не в силах интерпретировать необузданный нарциссизм, боясь пошатнуть то, что они считали «хрупким Эго» пациента.

Возникал порочный круг: чем активнее проявлялся паранойяльный садизм пациента, тем глубже терапевт погружался в мазохистическую позицию. Так, например, один из терапевтов столкнулся с тем, что его суицидальный пациент стал ему угрожать, вынув нож, и заявил, что у него имеется и ружье. Все терапевты погружались в отчаяние и депрессию из-за своих пациентов. Именно они, а не пациенты испытывали грусть и депрессию, чувствуя, как постепенно исчезает их фантазия и утрачивается возможность эффективной работы с пациентами. Последние оставались в паранойяльной позиции обвинения и превосходства, не будучи в состоянии справиться с этой установкой и проработать свои депрессивные переживания.

Далее обычно состояние терапевта быстро и резко изменялось, что, однако, не способствовало проработке. Поразительно, что все ординаторы рассказали о периоде «введения законов», об установлении границ, что в двух случаях было равносильно установке «или принимайте условия, или уходите». Несколько пациентов прекратили терапию и так и не возобновили ее впоследствии, а остальные пациенты во взаимодействии с терапевтами стали занимать позицию «поддержки».

Эта последовательность развития событий, столь откровенно описанная умными и талантливыми молодыми психиатрами, не является уникальной и специфичной только для них. В первые годы обучения терапевтов можно наблюдать точно такую же картину, но в явном и открытом виде она уже больше не повторяется никогда.

Лечение контрпереносом

Однако проявление особого внимания к пациенту в первые годы обучения терапевта может дать и позитивный результат:

Страдающую шизофренией женщину в возрасте около 30 лет перевели из одной клиники в другую, где ее лечащим врачом стал психиатр первого года ординатуры. Несколько лет она была совершенно недееспособна, много раз попадала в стационар, не получая никакого облегчения, и лечилась у одного из ведущих терапевтов по работе с тяжело нарушенными пациентами. Этот терапевт сказал ординатору: «Не тратьте время попусту: это совершенно безнадежный случай», – и рассказал ему о своих многолетних бесплодных усилиях.

Эти слова произвели впечатление на ординатора, однако он признался своему супервизору, что ему нравится пациентка, которая, по его мнению, была с ним достаточно открыта (хотя она вела себя точно так же и с прежним, доведенным до крайности терапевтом). Ординатор получил совет следовать своему интуитивному чувству, включаясь в процесс настолько, насколько он может, и работать с проблемами по мере их появления.

В течение последующих нескольких лет жизнь этой женщины кардинально изменилась, и ей больше не требовалась госпитализация. Ее жизнь постепенно улучшается. Прошло уже четырнадцать лет, и она продолжает лечиться у этого терапевта.

Похожий процесс наблюдался во многих обучающих программах (Barchilon, 1958). Казалось бы, безуспешные терапии, часто ведущиеся опытными терапевтами, «расцветали» в тепле позитивного контрпереноса молодого терапевта. Хотя более опытные терапевты с облегчением вздыхают, удалившись на безопасное расстояние от своих бурных переживаний контрпереноса с первыми пациентами, многие из них признают нехватку того поразительного энтузиазма в начале своей работы, который зачастую приводил их к неожиданному и уникальному успеху и который с приобретением опыта куда-то исчезал и больше не возвращался.

Кризисы развития и судьба

Совершенно невозможно предсказать, какое именно влияние могут оказать ключевые моменты развития личности терапевта. Естественно, это влияние очень сильно зависит от личности того, с кем происходят кардинальные изменения. Однако сам факт влияния предсказуем. Например, влюбленному терапевту легче представить себе влюбленность пациента. Но нередко бывает и так, что терапевт отвлечен чем-то и его внимание к пациентам на время уменьшается. Так происходит и тогда, когда терапевт вступает в брак, если у него рождаются дети или он заболевает, в особенности если болезнь оказывается смертельной.

В каждом терапевтическом сообществе есть свои «ужасные истории» о страданиях терапевта, связанных либо с ухудшением психического состояния, либо с неизлечимой болезнью. Тогда контрперенос зачастую распространяется на все сообщество, и лишь очень немногие могут осмелиться даже подумать о том, чтобы сказать какому-нибудь уважаемому терапевту преклонного возраста, что ему пора прекращать практику. Примечательно, как много может выносить в данной ситуации пациент, отрицая, подавляя или рационализируя снижение профессиональных способностей важного и значимого для него терапевта, которому он доверяет. Неизлечимая болезнь может вызывать у терапевтов необычные реакции; некоторые из них отрицают серьезность болезни, отказываясь признать, что у них не хватает сил на пациентов.

Я знаю терапевтов, которые отказывались говорить своим пациентам правду, а когда некоторые из них, заподозрив что-то неладное, стали сомневаться, их сомнения были интерпретированы как перенос. В таких ситуациях возникает сильное чувство вины и тревоги. Пациент лишается возможности оплакать потерю вместе с человеком, которого он теряет, и быть рекомендованным другому аналитику, пока еще жив его теперешний терапевт. Не так уж редко о смерти терапевта пациента извещают по телефону (что делает другой терапевт, который берет на себя эту обязанность, или же друг умершего), в то время как он даже не знал о том, что его терапевт болен и умирает.

С другой стороны, существует много примеров, когда терапевты сообщают своим пациентам о подобных фактах и пациент вместе с терапевтом выбирают лучший способ продолжения терапии. В таких случаях завершение лечения становится более глубоким и более осмысленным, чем тогда, когда терапевт до конца остается в якобы «нейтральной» позиции.

Терапевтическая среда и культура

Переходя к другому типу ситуационного контрпереноса, рассмотрим некоторые последствия влияния терапевтической среды. Психиатрическая служба и клиническая обстановка, которые должны отвечать экономическим потребностям краткосрочного стационарного лечения, создают атмосферу психотерапевтического процесса, совершенно не способствующую регрессии. Пациенты, страдающие психозом или другими декомпенсациями, используют регрессивные способы выражения конфликта и психологических защит как последнее средство самостабилизации. Спешное пресечение столь сложного и болезненного процесса перекрывает все важные каналы коммуникации, характерные для таких состояний; коммуникации, ради которой пациент в отчаянии цепляется за последние сохранные фрагменты психики.

В такой терапевтической среде терапевту могут сказать, что регрессия является «плохой»; его могут обвинить во вредном отыгрывании, если он считает, что пациент должен достичь определенного уровня регрессии или что ему необходима длительная госпитализация. Давление на терапевта оказывает влияние и на пациента, поскольку терапевт его торопит и может показаться, что он сокращает «лечебные беседы» за счет фармакологического лечения состояний декомпенсации. Пациент может подумать, что терапевт не желает его слушать, тогда как последний просто реагирует на сильное внешнее давление. В других обстоятельствах он вполне мог бы иметь желание слушать пациента. Например:

> Молодой практикующий психиатр возбужденно рассказывал во время супервизии о крайне необычной ситуации,

сложившейся в процессе лечения. Пожилой мужчина, которого он лечил от серьезной депрессии, не мог принимать антидепрессанты по состоянию здоровья, и психиатр «просто» несколько раз в неделю с ним разговаривал. К великому изумлению терапевта, пожилому пациенту стало лучше. Сначала я подумал, что терапевт просто меня разыгрывает, зная мою психоаналитическую ориентацию. Но он говорил серьезно. Несмотря на знание трудов Фрейда и других аналитиков и супервизии со мной, этот молодой человек находился под таким сильным влиянием прекрасного психиатрического обучения, прочно ориентированного на медикаментозное лечение, что ему нужно было самому открыть для себя существование «лечения беседой».

Полезно напомнить читателю, что Семрад, говоря о паттернах психотерапевтического обучения, использовал известный постулат: онтогенез повторяет филогенез. Развитие индивида последовательно проходит этапы развития вида. Точно так же терапевты, обучающиеся психоанализу, часто видят, что рамки классического психоанализа, полностью соответствующие ситуациям, в которых они создавались, начинают использоваться и при работе с неаналитическими пациентами. Упоминавшийся ранее принцип «нейтрального зеркала» становится их основной техникой. Подобно многим аналитикам прошлых поколений, они могут потратить годы, чтобы интуитивно найти свои собственные способы творческого использования спонтанного и эмпатического контрпереноса.

Контрперенос в обстановке психиатрической клиники — это отдельная тема. У госпитализированных тяжело нарушенных пациентов часто возникают затруднения при интеграции отдельных противоречивых частей личности. Они не в состоянии испытывать ненависть к любимому человеку, поэтому они ищут одного человека для проявления ненависти и другого — для проявления любви. Это противоречие способно привести к дальнейшему расщеплению — и тогда появляется один человек, к которому они испытывают сексуальное влечение, и другой, от которого они зависят. Этот процесс расщепления может развиваться и далее по многим эмоциональным линиям.

Все те, кто относится к медицинскому персоналу (санитары, медсестры и т. д.) и кому приходится принимать на себя эти эмоции, будут считать себя единственными понимающими «истинное» эмоциональное состояние пациента. Эго пациента в различных состояниях взаимодействует с разными представителями медицинского персонала (медсестрами, санитарами, нянечками). В результате может возникнуть упорная и тяжелая борьба между терапевтом и персоналом, поскольку каждый из этих людей считает себя самым компетентным знатоком истинного состояния пациента. Так происходит потому, что каждое из Эго-состояний пациента является аутентичным, но далеко не единственным. Данное положение вещей можно сравнить с колодой карт, на каждую из которых сделали ставки эти медсестры, санитары и нянечки, причем каждый из них считает свою карту козырной. На долю руководства персоналом выпадает обязанность перетасовать эту колоду карт и разложить их на психологическом столе для всего обслуживающего персонала. Подобные пояснения лучше всего делать во время ежедневных рабочих обсуждений, а также при клиническом разборе стратегии лечения в присутствии всех сотрудников (включая терапевта).

Коротко говоря, персонал выполняет интегративную, синтетическую функцию фрагментированного Эго пациента. В данном случае очень важно вытащить все «нити» контрпереноса и составить из них «законченный гобелен». Это поможет значительно прояснить ситуацию и для терапевта, и для всего обслуживающего персонала, иначе каждый из них может оказаться в изоляции и иметь дело лишь с одной частью переживаний пациента.

Характерологический контрперенос

Характерологический контрперенос включает отношение терапевта к миру и людям в целом: эта форма контрпереноса не основана на реакции терапевта на конкретного пациента. Терапевты отличаются по своим интересам и установкам по отношению к разным пациентам и формам психотерапии. Одни терапевты не любят работать

с детьми и подростками; другие, наоборот, считают работу с незрелой личностью живой и ищут возможность постоянно отвечать на вызов и проявлять гибкость, которые требуются при работе с детьми. Мне вспоминается фильм о семейном интервью, которое проводит сначала Н. Аккерман (N. Akkerman), потом М. Боуэн (M. Bowen). Во время интервью с Аккерман дети могли свободно бродить по комнате, как бы воплощая символически семейное Ид. Работая с той же семьей, Боуэн предложил детям покинуть комнату, так как усомнился, сможет ли получиться у взрослых людей серьезный разговор в присутствии детей.

> Здесь мне вспоминается 12-летний мальчик, который пришел на прием в весьма раздраженном состоянии. (Мы с ним работали несколько месяцев.) Он принес показать мне свои бейсбольные карточки и стал быстро манипулировать с ними, желая продемонстрировать свою меткость и быстроту. Вскоре приблизительно две сотни карт облепили меня и мой кабинет. Я позволил ему вести себя подобным образом, поскольку считал, что ему важно почувствовать, что я смогу вытерпеть его импульсивность и агрессивность, не ощущая себя ни испуганным, ни парализованным.
>
> Когда до окончания сеанса оставалось пять минут, я сказал ему, что меня очень впечатлила его удаль, но что через несколько минут должен прийти другой пациент, и попросил его быстро прибрать помещение. Он с готовностью это сделал. Я рассказал об этом маленьком клиническом эпизоде своему коллеге, который побледнел и заметил: «Именно поэтому я бы никогда не стал работать с подростками!»

У каждого из нас есть общая установка и индивидуальный предел терпения в отношении активности пациента, которые являются основой контрпереноса на всех пациентов. В этих пределах может происходить многое, но только внутри данных характерологических границ. Так, например, Фромм-Райхманн (Fromm-Reichmann, 1950) отмечала, что сильная ориентация на условности и культурные нормы является серьезным препятствием для терапевта на пути к успеху в работе с больными шизофренией и шизоидными

пациентами. Установки таких пациентов могут отличаться от привычных норм жизни подавляющего большинства людей нашей культуры или вообще выходить за рамки этих норм. Неумение терапевта с уважением относиться к этому вызовет у таких пациентов ощущение отвержения, и результат терапевтического лечения будет очень низким.

С другой стороны, с некоторыми пациентами терапевту, наоборот, необходимо настаивать на общепринятых культурных нормах, которые эти пациенты ругают, остерегаются их и фобически избегают. (Примером могут служить «трудные» подростки, чье антисоциальное поведение преждевременно закрывает путь к продолжению эмоционального развития и достижению зрелости.) Следовательно, основной характерологический контрперенос, который абсолютно нельзя проработать с одной группой пациентов, для другой группы может оказаться именно «тем, что доктор прописал».

Одна из конкретных характерологических установок, желательных для всех терапевтов, уже упоминалась ранее — это умение слушать. Другим важным качеством является преданность своей профессии. Берман (Berman, 1949, p. 161) красноречиво описывает сложные составляющие «профессиональной преданности» терапевта, в число которых входит сохранение самообладания и способности контролировать ситуацию, проходя через самые разные формы эмоционального «боевого крещения». Он сравнивает профессионализм со спокойной, терпеливой позицией опытного родителя, которому приходится преодолевать многочисленные бури с растущими детьми. Он считает, что терапевтическая ситуация «представляет собой уникальный способ организации универсального места — места эксперимента и познания через опыт человеческого взаимодействия» (p. 162). Берман полагает, что прототипом терапевта-профессионала является зрелый родитель.

Контрперенос и внутренний гироскоп

Принятие того факта, что возможны самые разнообразные формы контрпереноса (эмпатический, уникальный, ситуационный, характерологический), приводит

к пониманию *влияния личности терапевта* на развитие и проработку переноса. Совершенно ясно, что перенос не возникает в вакууме. Контрперенос становится важным внутренним источником информации о том, что происходит с пациентом, а также о его взаимодействии с терапевтом. При наличии у терапевта опыта и рефлексии контрперенос используется оптимальным образом, если он имеет *сигнальное* значение для Эго терапевта. Участвующее в процессе Эго *терапевта* воспринимает информацию, а его наблюдающее Эго перерабатывает ее для принятия окончательного решения. Несмотря на то, что при всем сходстве пациентов каждый из них всегда уникален, со временем у нас развивается своего рода внутренний контртрансферентный гироскоп — ощущение обычного уровня функционирования в известных условиях. Когда гироскоп отклоняется влево или вправо, реагируя на поведение пациента, это отклонение становится первым индикатором того, что пациент индуцировал в нас некий особый процесс. В такие моменты нужно очень хорошо понимать свои психические особенности. В самом начале моего обучения я слышал, как один мудрый кардиолог советовал молодым врачам изучать прежде всего, как работает нормальное сердце, вслушиваться снова и снова и делать это постоянно, и тогда можно уловить малейшую аномалию и начать искать ее причины.

Глава 4. Внешние границы переноса: Рабочий альянс, терапевтический альянс и реальные отношения

Естественный рабочий альянс по Фрейду

Психоанализ — научное детище Фрейда — испытал на себе сильное влияние установок европейской медицинской школы девятнадцатого столетия: пациент страдает от симптома, недомогания или болезни. Этот подход подталкивал Фрейда к такому пониманию терапевтической ситуации, как если бы он вместе с пациентом сталкивался с третьим, иррациональным элементом — симптомом. Объединившись вместе, два умных, мотивированных, цивилизованных взрослых человека вели борьбу с «симптомом-мародером», периодически вторгавшимся в естественный гомеостаз. Кроме того, восторг от первых открытий придавал пациенту статус коллеги-исследователя, поглощенного борьбой с демоническими силами бессознательного. Пациенты (например, Вольфсманн, или Человек-Волк[1]) часто осознавали, что содержание их аналитических сеансов становится строительным материалом в научном сооружении Фрейда. Несмотря на ощущение того, что отношения терапевта и пациента, построенные на совместном исследовании, неявно подразумевают наличие позитивного переноса, следует учитывать огромное мотивационное давление, которое подобная ситуация оказывала на сознательные и бессознательные усилия пациентов Фрейда. Уважительность и научный интерес породили «раппорт», то есть естественный рабочий альянс. В современной психоаналитической психотерапии такой естественный альянс трансформировался в конкретные технические реко-

---

[1] См. послесловие научного редактора.

мендации, цель которых заключается в достижении терапевтических отношений, подобных тем, которых Фрейд постоянно стремился достичь со своими пациентами.

Укрепление сотрудничества

Для укрепления сотрудничества следует выделить важные элементы переноса, его «приемлемые» составляющие (Stein, 1981), и сформулировать ряд утверждений, описывающих рабочие отношения между терапевтом и пациентом. Это полезно не только с концептуальной, но и с технической точки зрения. Пациентам можно прямо сказать об общей структуре и об основных принципах лечения, а также описать их роль в терапевтическом процессе. При этом следует поощрять фантазирование пациента, его откровенный рассказ о своих переживаниях во время аналитического сеанса (то есть о мыслях, представлениях, чувствах, телесных ощущениях), а также пересказ содержания сновидений и дневных грез. Терапевт должен сделать все возможное, чтобы пациент осознал важность обсуждения с ним своих чувств по отношению к нему, как приятных, так и неприятных. Структурирование и описание таких подходов формируют когнитивную основу направленных на изменение действий, которая усиливает существенный для психотерапии мотивационный фактор, а именно — надежду.

Позже мы увидим, что на якобы рациональные мотивации к сотрудничеству тех, кто обращается к психотерапевтам, оказывает влияние целый ряд бессознательных и иррациональных факторов. Определенная часть этих бессознательных трансферентных мотиваций согласуется с целями лечения. Стремление удовлетворить бессознательные инфантильные желания, стремление понравиться, заслужить чью-то благосклонность, оказаться первым и лучшим будет вызывать у пациентов чрезвычайно сильную мотивацию к участию в психотерапевтическом процессе. Пациенты раскроют свои скрытые мотивы, они будут следовать интерпретативным предположениям, осмысливать происходящее на сеансах в перерыве между ними и осваивать программу, предложенную психотерапевтом.

Эта программа может быть изложена в явном виде, скрыта в рабочей манере терапевта или в ней могут отражаться фантазии на тему, что такое терапия или какой ей следует быть. Ощущение того, что у терапевта сложился с пациентом хороший рабочий или терапевтический альянс, полностью соответствует степени влияния терапевтической активности пациента на развитие его осознания и на прогресс в лечении.

В зависимости от расстановки акцентов этот процесс называли по-разному: рабочим альянсом (Greenson, 1967), терапевтическим альянсом (Zetzel, 1958), интеллектуальным альянсом (Fenichel, 1941), терапевтическим контрактом (Menninger, 1973), зрелым переносом (Stone, 1961). Существуют и другие термины, такие, как нарциссический альянс, экзистенциальный альянс и иррациональный альянс (Gutheil, Havens, 1979).

Рабочий альянс и терапевтический альянс

Авторы этих концепций делятся на две основные группы. Одна из них делает акцент на рациональной составляющей Эго, включая его когнитивные способности. Эти теоретики признают предложенное Штербой (Sterba, 1934) разделение функций Эго на наблюдающую часть и элементы с преобладанием бессознательного. Вне такого расщепления наблюдающее Эго пациента идентифицируется с задачами терапии и терапевтом (его профессиональным Эго).

Другая группа психоаналитиков обращает внимание в первую очередь на тот элемент позитивного переноса, который вынуждает пациента заняться неприятной задачей самоисследования. Характерные черты этой формы альянса зависят от диагноза пациента и особенностей его трансферентных нужд. Так, например, Цетцель, говоря о своем понимании терапевтического альянса, акцентирует внимание на диадических отношениях с терапевтом, основанных на базовом доверии. Такое доверие позволяет пациенту включиться в терапевтический процесс. Многие аспекты этой формы альянса остаются непроанализированными, и он становится своего рода губкой, впитывающей эмоции, порожденные регрессивным переносом.

Аналитик строит свои отношения с пациентом так, чтобы это базовое доверие появилось у последнего в самом начале терапии. Терапевт создает и укрепляет такое доверие пациента, давая ему объяснения и оказывая психологическую поддержку, определенным образом направляя пациента и интерпретируя его ожидания от лечения. Степень активности терапевта изменяется в зависимости от уровня базового доверия, которое необходимо построить.

Концепция рабочего альянса оказывается где-то посередине. С одной стороны, она отражает врожденные качества свободного от конфликтов Эго: остроту восприятия, память, индуктивную и дедуктивную логику, обучаемость, а также сложные компоненты интеллекта. С другой стороны, на рабочий альянс влияет прошлое человека, а потому он зависит от характера переноса. Рабочий альянс будет усиливаться или ослабевать в зависимости от прошлого опыта отношений пациента с учителями и наставниками, не говоря уже о влиянии семейных отношений.

Чем ярче выражено пограничное или психотическое состояние пациента, тем меньше можно опираться на естественный рабочий альянс на начальном этапе лечения. С такими пациентами терапевт в первую очередь стремится построить отношения базового доверия (терапевтического альянса) в любой возможной форме, чтобы снизить тревогу пациента и постепенно развивать у него чувство привязанности к терапевту. Спустя какое-то время после развития базового доверия можно уделить больше внимания элементам рабочего альянса.

Чем ближе пациент к невротическому полюсу диагностического спектра, тем больше терапевт может рассчитывать на исходный уровень базового доверия и обращать внимание на элементы рабочего альянса уже в самом начале терапевтического процесса. Последние замечания носят слишком общий характер; в одних случаях может применяться один подход, в других — другой. Так, например, многие психотические пациенты глубоко верят во всемогущество и материнские качества терапевта и где-то на самом дне психотической регрессии могут полностью ему довериться. Таким пациентам свойственно

внезапное погружение в обсуждение причин своего недуга. Предшествующий позитивный опыт терапии усиливает эти *психотические* тенденции доверия терапевту, даже если он совершенно незнаком пациенту. Совершается тотальный перенос на новую для пациента фигуру.

Влияние переноса на рабочий альянс

Рабочий альянс становится весьма непрочным, когда оказывается под влиянием переноса:

> Женщина с пограничными расстройствами после года лечения сказала, что очень меня любит и что если я хочу, то будет дальше продолжать «терапевтическую работу», чтобы поддерживать со мной отношения. Она рассказывала мне сны, размышляла о своих фантазиях, старалась понимать бессознательные мотивы своего поведения, но поскольку вся эта работа совершалась под влиянием ее трансферентной любви, то она не привела к значительным изменениям структуры ее характера. Любой подлинный анализ переноса нес в себе угрозу потери этих трансферентных чувств, а сохранение любви было для нее гораздо важнее, чем изменения или признание реальности. Спустя некоторое время эта безысходная любовь вызвала необходимость пересмотреть отношения в рабочем альянсе, чтобы помочь пациентке раскрыть реальную сущность ее неадекватного состояния хронической фрустрации в отношениях с недостижимым объектом, то есть со мной.

Альянс, который используется в целях защиты

Несмотря на то, что, приглашая пациента к сотрудничеству для решения терапевтических задач, терапевт взывает к разумной, сознательной части Эго пациента, часто именно эта разумность и рациональность пациента начинает использоваться в качестве защитного сопротивления лечению. Такое поведение является сотрудничеством лишь формально, а не по существу.

Пациент, довольно умный мужчина с обсессивными чертами, жаловавшийся в основном на неспособность переживать и осознавать свои скрытые чувства, начал лечение с большим познавательным энтузиазмом. Он разговаривал со всеми своими знакомыми, проходившими психотерапию, и прочитал множество книг на эту тему. В начале лечения это позволяло ему обходить стороной тревогу по поводу отношений зависимости с мужчиной. Им руководил чистый «рационализм».

Несколько месяцев спустя из его снов и поведения вне терапии стало ясно, что его очень беспокоит эта зависимость от мужчины. Он ощущал тревогу перед сеансами, но не испытывал никаких чувств и переживаний, связанных со мной, а вместо этого строил многословные предположения о различных вариантах переноса, которые могли «бессознательно» скрываться за его проблемами. Ни один из этих вариантов не представлялся ему убедительным или достоверным; он скорее был заворожен самим процессом рассуждений.

В данном случае рабочий альянс, порожденный когнитивными способностями, которые стояли на службе как разумной, так и защитной частей Эго, оказался подавленным защитными обсессивными формами мышления.

Для защиты может использоваться также терапевтический альянс, укрепленный прочным базовым доверием, при том, что реальное осознание происходящего может быть слабым.

Женщина, которая первоначально считала, что я обладаю многими качествами, особенно ценимыми ею в матери («В вас есть земное, нью-йоркское еврейство»), смогла преодолеть паранойяльные переживания, связанные с близостью в отношениях. Этого не получилось с ее прежним терапевтом, так же как и с матерью, но она предполагала, что теплое отношение ко мне позволит ей погрузиться в неизбежную трансферентную регрессию. В этом терапевтическом альянсе эмоциональное доверие дало пациентке возможность начать лечение и полностью вовлечься в этот процесс.

Позже, когда выяснилось, что у нее назревают глубинные опасения погрузиться в терапевтический процесс слишком глубоко, пациентке было очень трудно это осознать. Она продолжала расхваливать мои многочисленные добродетели, которые выгодно отличали меня от ее прежнего терапевта, и постоянно отмечать, что именно ее доверие ко мне позволило ей попытаться начать новую терапию. Базовое доверие пациентки оказалось для нее настолько важным, что мешало ей «включить» в первичный терапевтический альянс те области переноса, которые растворили бы ключевые составляющие базового доверия.

Влияние на альянс негативного переноса

В обоих этих примерах негативный перенос оказался сильнее психодинамических возможностей, что привело к разрыву рабочего или терапевтического альянса и превращению его в психотерапевтическую рутину, то есть в перенос как сопротивление. Весьма важно предвидеть такую возможность, чтобы не попасться в ловушку гуманистического на первый взгляд подхода, когда содействие развитию терапевтического или рабочего альянса выдвигается на первый план. И при этом забывается, что хотя этот альянс и помогает терапевтическому процессу, но под натиском настоящего регрессивного переноса рушится все остальное.

Следует сместить акценты и рассматривать ядро переноса и технику работы с ним в качестве главных элементов эмоционально значимого психотерапевтического процесса.

Медленное развитие альянса

Несмотря на то, что рассмотрение рабочего альянса отдельно от элементов переноса, на которых он строится, является несколько искусственным, важно заметить, что альянс может появиться и выкристаллизоваться после нескольких лет существования невербальных трансферентных отношений.

> Очень замкнутый подросток с пограничными нарушениями был помещен в клинику после того, как он целый год находился в полной изоляции от школы, друзей и семьи. Не страдая мутизмом (психотической немотой), он решил отказаться от общения со взрослыми, особенно с теми из них, которые являлись представителями власти, каким был и я как его психиатр. Он обладал высоким интеллектом, артистизмом, творческими способностями; и то немногое, что он говорил, было остроумно, реалистично и вызывало у меня довольно сильный интерес к нему. Несмотря на то, что в течение нескольких лет наши сеансы в основном проходили в молчании, взаимный интерес друг к другу не ослабевал.
>
> В какой-то момент, когда он решил, что я не собираюсь «втискивать» его в свое представление о нем и что я в общем и целом понимаю его, он начал разговаривать со мной. Он стал анализировать свое поведение и мотивации, что свидетельствовало о появлении устойчивого рабочего альянса, существовавшего на протяжении прошедших лет только в скрытой форме. В течение всего этого времени нас соединяло базовое доверие при том, что психодинамика была не слишком понятна.
>
> Хотя это доверие стабилизировало его регрессивные тенденции и вывело его из состояния изоляции, психологические изменения оставались незначительными до появления рабочего альянса, характерными чертами которого является возможность использовать осознание и умение справляться с фрустрацией и депрессией за счет подключения механизмов эмоционального и интеллектуального опосредования.

Понятие рабочего альянса переплетается с понятиями, относящимися к осознанию. (Эти понятия будут подробнее обсуждаться в соответствующей главе.)

Об осторожности в применении концепции альянса

Манящая привлекательная рациональность тех понятий, которые описывают развитие сотрудничества между терапевтом и пациентом, таит в себе серьезную опасность.

Опасность заключается в использовании интеллектуализации как способа совладать с производными сексуальности и агрессивности. При излишнем внимании к ситуации, где «мы» исследуем «это», снижается сила переживаний в переносе и происходит много разговоров на тему «контрактов», «терапевтических соглашений» и внеэмоциональных отношений , тогда как неуправляемые эмоции остаются без внимания. Таким образом, некоторые чувства просто приписываются переносу, а сновидения быстро превращаются в привлекательную систему символов, которую мы якобы понимаем. Опытные терапевты приведут множество примеров, когда «контракты» и «альянсы» превращались в ничто, как только суицидальных пациентов захлестывала волна неуправляемого аффекта, погружая их в разрушительный хаос.

Следуя этой логике, мы можем принять во внимание предостережение Фрейда, которое он сделал в 1910 году относительно «дикого анализа»:

> «Точка зрения, согласно которой больной страдает вследствие незнания и должен выздороветь, если устранить это незнание соответствующими сообщениями (о причинной связи его болезни с его жизнью, детскими переживаниями и т. д.), уже давно оставлена психоанализом как основанная на поверхностном понимании. Не само незнание является патологическим моментом, а причины этого незнания, кроющиеся во внутренних сопротивлениях, вызвавших это незнание и поддерживающих его до настоящего времени. Задачу терапии и составляет одоление этих сопротивлений. Сообщение того, чего больной не знает, потому что вытеснил это,— только необходимая подготовка к терапии. Если бы знание бессознательного было бы так важно для больного, как это представляется человеку, неопытному в психоанализе, то для выздоровления должно быть вполне достаточно, чтобы больной слушал лекции или читал книги. Подобные меры имеют такое же влияние на симптомы болезни, как чтение меню человеком, испытывающим чувство голода» (1910b, p. 225).

Фрейд полагал, что пациенту нельзя сообщать такую информацию, пока не будут выполнены два условия: (1) пока с помощью терапевта пациент сам не приблизится вплотную к вытесненному материалу и (2) пока его привязанность к врачу не станет настолько сильной, что сможет предотвратить прекращение терапии из-за психологической боли, возникающей при раскрытии вытесненных мыслей и аффектов.

Реальные отношения

Обе приведенные модели альянса предполагают существование реальной (свободной от переноса) фигуры, которая появляется в процессе такого взаимодействия с пациентом. Согласно рациональной модели, терапевт-аналитик создает настолько реальные психические инструменты для анализа, что пациент может взять их на вооружение и использовать для самоанализа в то время, когда он не находится в реальном контакте с терапевтом. К таким инструментам относятся определенная способность к свободному ассоциированию, внимание к фантазиям, сновидениям и оговоркам, умение распознавать характерные тревоги и защиты от них, понимание аффектов, способность их выдерживать и использовать как определенные сигналы и т. д.

В основе трансферентной модели альянса лежит представление о создании реального чувства доверия, которое, как правило, сохраняется в течение всего терапевтического процесса. Если оставить в стороне интерпретации различных фантазий, связанных с терапевтом (например, фантазии о его всемогуществе), должен быть гарантирован определенный элемент доверия. Пациент может рассчитывать на то, что его не будут соблазнять, бросать и использовать в целях, отличных от терапевтических. Такое доверие к процессу лечения и к тому, кто его проводит, при разумном и этически корректном лечении должно основываться на реальности. В этих двух сферах терапевтических отношений — в рабочем и терапевтическом альянсе — внутри отношений переноса появляется представление о реальных отношениях.

Действия значат больше, чем слова

Действия терапевта будут определять качество рабочего или терапевтического альянса с пациентом. Последовательность подхода, концентрация на значимых деталях и аффектах, внимание к сновидениям и фантазиям, воспоминания о прошедших сеансах и восстановление в памяти материала, рассказанного ранее, регулярность встреч при минимальном нарушении регламента, короче говоря, профессиональный подход искусного терапевта станет для пациента лучшим объяснением того, что представляет собой рабочий альянс.

Сочетание профессионализма терапевта и подлинной заботы о пациентах создает реальные отношения, которые существуют помимо переноса в узком смысле слова и гипотетического рабочего альянса. Хотя такие отношения могут иметь в своей основе характерологические качества терапевта, их можно концептуально отделить от этих качеств, поскольку компетентные терапевты независимо от стиля их деятельности и личностных особенностей следуют в своей работе одним и тем же техническим терапевтическим стандартам.

Профессиональный терапевт – это реальный человек из плоти и крови, стойко исполняющий роль, которую редко можно встретить в обычной жизни. Не следует сводить эту реальную сторону терапевта просто к помощи пациенту, чтобы он мог справиться со своими болезненными чувствами печали и тревоги, которые неизбежны в процессе терапии. Само участие терапевта в таких переживаниях пациента создает особый тип отношений, и в этом смысле они становятся реальным и новым событием в жизни пациента.

Не так редко пациент бывает взволнован уже тем фактом, что рассказывает терапевту то, во что не был посвящен ни один человек в его жизни. И действительно, часто оказывается, что сам пациент был слеп к фактам своей биографии и поступкам, и тогда его глубоко затрагивает новое понимание самого себя. Хотя, как уже отмечалось ранее, существуют элементы переноса, способствующие сотрудничеству в терапии и поддержива-

ющие его, в процессе лечения они используются как творчески, по-новому, так и испытанным способом. Глубокая эмоциональная признательность за создание такой благоприятной ситуации вызывает у пациента уважение к терапевту и формирует прочные и реальные отношения с ним.

Глава 5. Первичное интервью

Начнем с конца

Начнем обсуждение первичного интервью с его конца. Последний вопрос, который я задаю при завершении первой встречи, звучит так: «Почувствуете ли вы после своего ухода удовлетворение от того, что я теперь знаю о вас все, что вы посчитали нужным сообщить мне, или же у вас останется ощущение, что я упустил нечто существенное?»

Этот вопрос имеет отношение к главной цели встречи оказанию помощи и выяснению проблем страдающего человека. Терапевт хочет установить эмпатическую связь с осознающей частью Эго пациента и удостовериться в том, что тот его понял. В дальнейшем это понимание может оказаться мнимым, поверхностным или даже ложным, но достижение согласия на первой встрече может значительно повлиять на то, придет ли пациент на следующий сеанс. Если ответ на этот вопрос будет отрицательным, терапевт насторожится и сделает все возможное, чтобы восстановить рабочий альянс с пациентом прежде, чем за ним закроется дверь, или при первой возможности.

Многие пациенты воспринимают терапевта через призму своих многочисленных фантазий и мистифицированных представлений, низводя себя до пассивных носителей информации для психологического оракула, и надеются в результате услышать пророчество. Спрашивая пациента о его мнении, терапевт сразу дает понять, что его роль в разворачивающемся процессе терапии активна, и подготавливает пациента к тому, что его замечания относительно техники и метода воздействия терапевта являются важными составляющими его роли. Все это

привносит в первичное интервью перенос, в котором терапевт обращает внимание не на генетические смыслы и значения (хотя они могут каким-то образом проявляться), а скорее на спонтанные и значимые переживания пациента непосредственно в процессе взаимодействия с терапевтом.

Тонкая эмпатия всегда настроена на «волну» переноса. Она улавливает актуальное переживание пациента, в котором постоянно присутствует его представление о том, как это переживание воспринимается терапевтом. Хотя в процессе интервью мои мысли могут двигаться в самых разных направлениях (определение явного и скрытого содержания психики пациента, оценка его психического состояния, определение психоза или невроза, наличие склонностей к суициду и т. д.), мои чувства всегда концентрируются на его аффективной сфере. Удается ли мне понять пациента? Заметим, что акцент делается на состоянии и точке зрения пациента, а не на моих истолкованиях его мнения и состояния и не на моей поглощенности ими. Вместе с тем я не игнорирую и своей точки зрения, ибо она тоже очень важна. Эмпатия действует в обе стороны.

Наука и искусство

На первой встрече терапевта с пациентом наука приближается к искусству. Нового пациента мы встречаем с широко раскрытыми глазами, с готовностью слушать и запоминать факты и события, с минимальной предвзятостью и предубежденностью и с открытостью неизвестному. Такая установка соединяется с творческим «добровольным отказом от недоверия», позволяющим нам следовать индивидуальной истории пациента, в которой всегда прослеживаются общие мотивы. Мы стремимся дать пациенту возможность изложить свою историю так, как он ее понимает. По мнению Семрада, мы должны стараться не столько понять пациента разумом, сколько *воздать должное* его переживаниям. Подобно тому, как мы с удовольствием отвлекаемся от своих проблем, целиком отдаваясь чудесной музыке на концерте или вовлекаясь в сценическое действие в театре, мы должны найти способ погрузиться

в самую суть переживаний пациента. При такой форме эмпатического понимания пациент откликнется на стремление терапевта смотреть на проблемы его глазами. Если терапевт следует по этому пути, то психопатология не окажется в центре терапии. И действительно, терапевт узнает то, что пациент ищет в жизни (а именно: здоровье и творчество) и что ограничивает его развитие и препятствует его успеху. Эта установка с самого начала терапевтических отношений закладывает основу для самооценки пациента, его самоуважения и веры в себя.

В большинстве случаев во время первичного интервью нет особой необходимости специально акцентировать внимание на объективном описании психопатологических проявлений. Поскольку мы реалистически смотрим на рассогласование между тем, что человек хочет, и тем, что он имеет, обычно вся психопатология становится явной. Лишь в некоторых острых случаях (риск совершения самоубийства, разрушающие формы психоза и т. п.), когда эти факты неочевидны, требуется проведение структурированного интервью. Устанавливая с пациентом эмпатическую связь, мы обретаем уверенность в том, что в недалеком будущем нас ждут дальнейшие сеансы, а следовательно, мы получим доступ к необходимому клиническому материалу.

Некоторые терапевты с опаской относятся к описываемому мною подходу. Они боятся упустить или не заметить важную патологию, используя этот в какой-то мере экзистенциальный метод. Они считают, что пациент может покинуть кабинет терапевта, находясь в состоянии психоза, намереваясь совершить самоубийство или убийство, и что без системного структурированного исследования психического состояния пациента терапевт может упустить ряд ключевых моментов, связанных с такими психическими расстройствами. Однако их позиция упускает из виду одно обстоятельство: постоянно обращая внимание на актуальное переживание пациента в процессе его рассказа, терапевт оказывается под воздействием этой информации. Мы видим, как контролируются (или не контролируются) аффекты, какие мысли возникают (а какие нет), какое настроение превалирует, насколько пациент вовлечен во взаимодействие с тера-

певтом. Разнообразие такого вида информации бесконечно. Таким образом, мы непрерывно формируем и уточняем впечатление от пациента, пока он излагает свою историю и раскрывает ее содержание. Если терапевта насторожили какие-то выраженные клинические симптомы (острые формы психоза, требующие немедленной госпитализации, вероятность суицидальных намерений или намерений совершить убийство), то в конце первичного интервью он может дать прямую клиническую оценку психического состояния пациента.

Терапевтические альянсы в самом начале терапии

В целом, чтобы уже с первой встречи создать эффективные терапевтические отношения, следует обратить внимание на постепенное вовлечение пациента в терапевтические отношения на уровне обычного контакта: насколько психотерапевт был доступен для пациента во время первичного интервью, насколько его слова имели для него смысл? Понятия терапевтического и рабочего альянса можно оценивать именно в таком контексте. Если, по ощущениям пациента, терапевт его чувствует и понимает, значит, у него появилось доверие, и сложился терапевтический альянс. Если пациент прилагает усилия к тому, чтобы сообщить терапевту, как его следует понимать, значит, появился активный рабочий альянс. Здесь я хочу подчеркнуть, что важной задачей терапевта должно быть установление контакта с пациентом на осознаваемом уровне и что альянс возникает именно в результате таких действий терапевта.

Установка, которую я как можно раньше хочу довести до сознания пациента, заключается в том, что беседа со мной должна быть похожа на беседу с самим собой. Такого диалога можно добиться, наблюдая и обсуждая препятствующие ему факторы (анализ сопротивления). Постоянный переход от рассказа к анализу барьеров, мешающих рассказу, и обратно — это основная часть работы пациента не только на первичном интервью, но и в течение всего лечения. Особенность первичного интервью заключается в том, чтобы обойти сопротивление пациента и одновременно попытаться вовлечь его в терапевтические

отношения. Например, у молодого человека могут быть какие-то гомосексуальные проблемы, вызывающие сильную тревогу во время первичного интервью. Вместо того чтобы подробно исследовать его затруднения, терапевт может предложить пациенту рассказать то, что не связано с особыми трудностями. Слишком болезненные для пациента темы следует отложить на какое-то время, пока пациент не почувствует, что способен их обсуждать. Поддержка пациента в такой тактике откладывания некоторых тем на потом способствует тому, что пациент ощущает себя на первичном интервью менее уязвимым и в большей степени контролирующим ход вещей. Естественно, что такая поддерживающая техника будет изменяться в зависимости от пациента: если пациент чувствует себя недостаточно комфортно, однако после короткого обсуждения его изначальная тревога уменьшается, то терапевт может продвигаться дальше и спросить у пациента, что мешает ему говорить свободно. Фактически этот шаг является анализом защит в самом начале терапевтического процесса.

Структурирование времени

Важно помнить, что, договариваясь о первой консультации с терапевтом, пациент находится в состоянии сильной тревоги. Когда он подходит к двери кабинета, его сознательные и бессознательные буйные фантазии относительно предстоящего интервью уже достигли своего предела. Следовательно, в самом начале терапии терапевту не следует слишком рьяно набрасываться на каждое сопротивление и защиту при первом же их проявлении. Не следует приступать к блестящим психологическим интерпретациям уже во время первичного интервью; подобное возможно скорее как исключение, чем правило. Замечания терапевта должны быть очень близки к материалу пациента, к области его осознания и приемлемы для него. Никогда не следует стремиться перегрузить пациента неожиданными для него доказательствами наличия у него яростной агрессии, скрытых сексуальных влечений или первых признаков возможного психоза. Пациент должен быть подготовлен к тому, чтобы принять неприемлемое.

Кроме того, стоит отметить, что часто материал, полученный на первичном интервью, может воспрепятствовать процессу понимания того, о чем думает пациент. Ход почти любой психотерапии представляет собой последовательность непредсказуемых событий, приближающих нас к истине, которая оказывается фантастичнее любой фантастики. Убежденность в этом может уберечь терапевта от импульсивных и фальшиво-точных интерпретаций. Его уверенность в том, что беспристрастность и постоянная открытость человека позволят ему по-настоящему узнать свое Я, обязательно найдет отклик у пациента.

Большинство пациентов сразу после ответов на стандартные вопросы («Чем я могу вам помочь?», или «Что привело вас ко мне?», или просто «Что случилось?») станут излагать свою историю так, как, по их внутреннему ощущению, они *должны* это сделать. В подавляющем большинстве все они видят в терапевте человека, способного им помочь. Нейтральное и сочувственное отношение к пациенту будет постоянно способствовать поддержанию с ним рабочего альянса не только во время первичного интервью, но и на всей начальной стадии терапевтического процесса. Разумно не вмешиваться в этот процесс, не делать резких, болезненных для пациентов замечаний, пока они не допустят вас до самых глубин своей боли.

Естественно, есть и такие пациенты, которые приходят на первичное интервью эмоционально открытыми, как бы умоляя вас поскорее приступить к работе и начать интерпретировать. В частности, такие случаи возможны при острых декомпенсациях, психозах или суицидальных импульсах. Структурирующие комментарии, даже не очень точные, могут уменьшить у пациента чувство фрагментации, опустошенности и бессмысленности. Например, пациент, с явно выраженной склонностью к суициду и находящийся в состоянии глубокой депрессии, убежден, что другого психического состояния просто не существует. Чтобы построить временный мост оптимизма от первого интервью ко второму, часто бывает достаточно мягкого замечания терапевта (даже во время первого интервью), что депрессия — это вор, который крадет у нас хорошие воспоминания и способность к рациональному мышлению.

Бумажник шизофреника: Установление контакта с декомпенсированными пациентами

Как и в сновидениях, во время первичного интервью с серьезно декомпенсированными и психотическими пациентами можно наблюдать много разных способов выражения простых и повторяющихся идей. Так, например, разговаривая с пациентами с явно выраженным мутизмом или с некоммуникабельными психотиками, для установления осмысленного контакта я иногда пользуюсь их бумажниками (Roth, 1968). Выкладывание на стол содержимого бумажника позволяет начать разговор. В бумажнике находятся вполне осязаемые свидетельства реального существования пациента: фотографии, удостоверения личности, кредитные карточки, записные книжки, написанные от руки признания в любви и личные памятки, вырезанные из газет некрологи, монетки на счастье, молитвенники, талоны к врачу, дантисту, квитанции адвоката, оплаченные и неоплаченные счета и т. д. — все это позволяет пациенту выразить то, что не в состоянии выразить его диссоциированное мышление: «Вы видите, доктор? Я тоже человек, и у меня есть такие же семейные проблемы и затруднения в жизни, как у любого другого человека». Полный бумажник позволяет обнаружить источники самооценки.

Этот технический прием я взял на вооружение из опыта моей работы с 23-летней женщиной, страдающей острой формой шизофрении. В первый раз она вошла ко мне в кабинет в ярости от недавнего заявления своей матери: «Бедная Мэри, у нее совсем нет ни друзей, ни вообще ничего собственного». С этой женщиной, находящейся в крайне возбужденном и диссоциированном состоянии, было совершенно невозможно общаться. Она бесцельно бродила по кабинету, что-то бормоча, а я тщетно пытался установить с ней вербальный контакт. Внезапно она опустилась в кресло и стала вытряхивать содержимое своей сумочки прямо мне на стол, повторяя язвительным, саркастическим тоном: «Бедная Мэри, она неизвестно кто и у нее вообще нет ничего своего». Она высыпала передо мной все содержимое сумочки, а вслед за ним — содер-

жимое туго набитого бумажника. Каждый раз, когда я брал в руки какую-то ее вещь (делая это со всей предосторожностью, понимая, что это вопрос «жизни и смерти»), она успокаивалась, ожидая моей реакции и замечаний. Когда мы сосредоточили внимание на ее жизни столь необычным и очень конкретным способом, она постепенно начала отвечать на мои вопросы. Мы стали рассматривать имена и надписи на обратной стороне фотографий и карточек, а также непонятные предметы, находившиеся в потайных местах и складках сумочки и бумажника. Оказалось, что таким способом мне удалось найти контакт с пациенткой; она почувствовала: я знаю, что все-таки она «кем-то» была, и это заложило основу доверия.

Кроме того, таким образом я получил огромное количество информации, которая удовлетворила бы даже самых принципиальных психиатров, пользующихся при сборе первичных сведений только объективными описаниями. Много месяцев спустя пациентка сообщила мне, что при обострении болезни бумажник придавал ей уверенность. Его наличие подтверждало ее идентичность, которая не растворялась и не фрагментировалась во время острых приступов шизофрении.

Другая молодая 19-летняя женщина во время первичного интервью находилась в состоянии психотической паники. В коротких фразах, состоящих из двух-трех слов, она упрашивала меня разрешить ей покинуть кабинет и производила впечатление загнанного в угол человека, преследуемого стаей диких зверей. Было понятно, что она совершенно не может разговаривать. Тогда я спросил ее, есть ли у нее бумажник. Она сказала, что есть, и я спросил, можем ли мы вместе взглянуть на его содержимое. Она согласилась.

Содержимое ее кошелька во многом отражало не только ее сознательные, но и бессознательные чувства. В кошельке она хранила фотографии людей, которых не видела и не вспоминала уже шесть-семь лет. В основном это были ее друзья времен раннего детства и начальной школы. Ей требовалось время, чтобы с улыбкой вспомнить обстоятельства, при которых были сделаны эти снимки.

Пациентка была ужасно зла на тех людей, которые в тот день смеялись и шутили над ней. Она действительно была очень необычно одета: на ней были большая английская фетровая охотничья шляпа (чтобы показать, что отчасти она англичанка) и белые мокасины (свидетельство наличия у нее индейской крови). Содержимое кошелька позволило ей продемонстрировать связь со своими предками. Между фотографиями отца и матери у нее хранились вырезанные из газет некрологи, посвященные членам ее семьи. Она с гордостью рассказывала мне о своей генеалогии, о своих английских предках и о том, когда в ее семью вошли американские индейцы.

Эти фотографии и воспоминания, которыми она делилась со мной в ходе интервью, позволили мне войти в ее мир. Я не только слушал ее рассказ о себе, но и держал в своих руках символ ее идентичности, тем самым признав ее; затем я отдал кошелек владелице.

Для больных шизофренией и других психотических пациентов, находящихся в состоянии фрагментации и потери идентичности, такие невербальные методы служат подготовкой для применения более трудных подходов с использованием интерпретаций и вопросов. В ходе первичного интервью с такими пациентами можно работать творчески, а зачастую интуитивно, приспосабливаясь к скрытым или отсутствующим связям в их расстроенной психике. Некоторым пациентам я предлагал что-то нарисовать, а затем описать рисунок (обычно я просил «нарисовать мужчину, женщину, себя или свою семью и описать, что именно нарисовано»). Эта проективная техника основывается на методах детской психотерапии — использовании действий, а также игры, позволяющей отыграть то, что не поддается вербализации. Я считаю, что эти методы помогают установить с пациентом человечные и эмоциональные отношения, а при работе со взрослыми пациентами они способствуют быстрому переходу к вербальному диалогу, позволяющему расширить материал. Как я уже упоминал ранее, при работе с некоммуникабельными психотиками и пациентами в состоянии глубокой регрессии я использую техники, которые задействуют невербальные

средства межличностной коммуникации. Имея дело с регрессивными, сновидными по своей природе состояниями, важно не бояться творчески экспериментировать.

Стиль терапевта

Следует признать, что некоторые, даже очень хорошие терапевты во время первичного интервью могут себя вести довольно неловко. Им трудно приспособить свою обычную технику к особой ситуации первичного интервью. Одни из них работают в классическом психоаналитическом стиле, сохраняя нейтральность по отношению к пациенту и с самого начала применяя стандартный метод слушания. Они считают, что поддерживают способность пациента использовать терапевта как отражающее зеркало; они стараются не выглядеть соблазняющими. Тогда пациент получит именно то, что он видит. Другие терапевты ощущают неловкость, поскольку они в принципе застенчивы и некомфортно чувствуют себя в присутствии посторонних (некоторые черты личности поддаются анализу, но необязательно поддаются коррекции). Со временем, когда они узнают пациента лучше, их внутреннее тепло и увлеченность передаются ему, а их надежность и компетентность становятся очевидными.

Многие люди (включая терапевтов) не могут хорошо себя преподнести в ситуации, когда им нужно получить какой-то результат или прийти к какому-то выводу. Первичное интервью с потенциальным пациентом содержит в себе элементы социального давления, которое, как правило, отсутствует в дальнейших отношениях с пациентом. По той же причине одни терапевты блистают, проводя открытые публичные интервью, тогда как другие смертельно их боятся. С другой стороны, именно обаяние некоторых терапевтов делает их настоящими асами в создании комфортных для пациента условий. Это наводит на мысль, что их поведение и внешний облик обещают пациенту больше, чем они могут дать в процессе лечения. Тогда впоследствии пациент испытывает сильное разочарование и растерянность. Чтобы не оказаться в такой ситуации, терапевт, соблюдающий нейтральность, часто

впадает в другую крайность и ведет себя скучно и однообразно. Требуется большое искусство, чтобы создать для пациента комфортные условия, не забывая о его основной жалобе, и вместе с тем не обещать райские кущи.

Деньги

Во время первичного интервью пациенты могут избегать некоторых тем, однако вопрос об оплате терапии, как правило, к ним не относится. Та быстрота, с которой вопрос оплаты становится предметом обсуждения, обычно не оставляет много времени для психологической интерпретации ее смысла. На вопрос пациента об оплате следует отвечать вежливо и тактично. Фрейд давно заметил, что вопросы, связанные с темой денег и сексуальности, порождают целую систему защиты и чувство вины. Прямота и простота, способствующие обсуждению вопросов сексуальности, не менее полезны и при обсуждении оплаты.

Терапевту следует ясно представлять свое отношение к этой стороне лечебного процесса и быть готовым просто и ясно изложить ее пациенту. Не существует строгих правил, касающихся того, оплачиваются ли сеансы, пропущенные без предупреждения, пропущенные с предварительным предупреждением, или все пропущенные сеансы оплачиваются вне зависимости от предупреждения и т. д. Эти вопросы отчасти зависят от личных запросов терапевта, отчасти — от особенностей местной клинической практики, отчасти — от желаний и возможностей пациента. Важно, чтобы терапевт прояснил эти финансовые вопросы для самого себя и чувствовал себя уверенно, и тогда он сможет ясно и реалистично изложить их пациенту.

По моему впечатлению, многие терапевты в начале своей практики слишком терпимо относятся к тому, что пациент пропускает сеансы. В какой-то степени они испытывают вину за то, что получают деньги за свое профессиональное умение, в котором они не уверены. Кроме того, они чувствуют вину за бессознательные конфликты, например, за то, что получают плату за работу, доставляющую им тайное удовольствие (иными словами, в удовольствии от занятия психотерапией есть сильная либидинозная

составляющая). Но с течением времени они перестают снисходительно относиться к пациентам, не оплачивающим пропущенные сеансы. Особенно это касается пациентов, склонных к отыгрыванию, которые, пропуская сеансы, проявляют почти колдовскую способность обходить правила анализа так, что не представляется возможным с ними из-за этого конфронтировать. Тогда у терапевта медленно нарастает ранее подавлявшаяся злость, отнюдь не способствующая созданию атмосферы открытости и комфорта в работе с пациентами.

Если у терапевта есть сомнения в том, как быть с вопросами оплаты лечения, в начале практики ему стоит обсудить это с супервизорами и коллегами. В процессе обучения финансовые вопросы обсуждаются реже, чем сексуальные, однако они могут создавать глубинные и серьезные противоречия в мотивации как пациента, так и терапевта. Нередко негативный перенос, главный источник тупиковых ситуаций и неудач в терапии, фокусируется вокруг не подвергавшихся обсуждению финансовых конфликтов между пациентом и терапевтом.

Первые впечатления и рекомендации

В конце первичного интервью пациент может спросить о своем диагнозе. В такой ситуации лучше всего быть по возможности реалистичным. Следует постараться максимально ясно сказать пациенту о том, какие его желания остались нереализованными, к каким целям он стремился и каких не достиг, а также о предполагаемых личностных барьерах, мешающих реалистичной адаптации к такому состоянию фрустрации. В конце первичного интервью терапевт может на самом деле об этом знать очень мало. И пациенту полезно сказать об этом и, возможно, даже объяснить ему причину (если вы сами ее знаете), отметив, что лишь дальнейшее исследование может пролить свет на все эти неясности.

Мы говорим в данном случае о предварительном *психотерапевтическом диагнозе*, который отличается и от психиатрического, и от нозологического диагнозов. Психотерапевтический диагноз — результат совместной

работы терапевта и пациента. Он сможет продемонстрировать способности терапевта определять устремления пациента, а также те сильные и слабые стороны его личности, которые поддерживают эти устремления либо действуют против них. Если пациент не просит терапевта сделать заключение, а по ходу интервью становится очевидно, что он сам пришел к определенному пониманию, то тогда это заключение лучше вообще не делать. В этом случае терапевту следует лишь предложить продолжить вместе эту весьма продуктивную работу на следующем сеансе. Содержание последующей работы определяется тем, что удалось сделать до этого.

Если пациент просит объяснить, как проходит лечение, лучший ответ — просто указать ему на продуктивность вашей сегодняшней встречи, а затем сказать, что в будущем будет происходить примерно то же самое. Это немного похоже на рыночную идеологию: «Что видите, то и получите». Такой подход — первый предвестник рабочего альянса, который строится на основе видимых и явных результатов проделанной работы и который сводит к минимуму ожидания волшебства, рассевающего все горести и несчастья.

Каким потенциальным пациентам после первичного интервью можно предложить психотерапевтические отношения? Есть ли такие люди, которым сразу следует сказать, что психотерапия им не подходит? Ответ на эти вопросы будет прагматичным: чтобы узнать вкус пудинга, надо его съесть. Часто довольно трудно предсказать заранее возможность человека извлечь для себя пользу из отношений с терапевтом, который его слушает. Первичное интервью для пациента начинается с главного испытания: чувствует ли он, что, рассказывая кому-нибудь обо всем наболевшем, он получает облегчение? начинает ли он надеяться на что-то после этого рассказа? На эти вопросы терапевт может ответить, только если продолжит встречи с пациентом; в противном случае у терапевтической пары не будет никакого шанса доказать или опровергнуть теоретические прогнозы. Если пациент желает начать работу, то терапевт получает в свое распоряжение такой материал, который через установившиеся эмпатические отношения будет сам определять форму и методы работы.

Иногда встречаются пациенты с многократными неудачными попытками начать психотерапию. В таких случаях требуются открытое обсуждение и реалистический совет в отношении других эффективных форм помощи, таких, как психофармакология или бихевиоральная терапия. Например, 45-летний мужчина-алкоголик выразил желание начать психотерапию. В ходе первичного интервью раскрывается история семилетнего психоанализа, до и после которого он прошел несколько стадий интенсивной и поддерживающей психотерапии. Он лечился у хороших терапевтов, однако это не привело ни к каким изменениям в его злоупотреблении алкоголем. При таком негативном прошлом опыте лучше всего направить пациента к психиатру или терапевту, работающему с алкоголиками, и одновременно посоветовать обратиться в общество анонимных алкоголиков.

Пациенты с психотерапевтическим прошлым опытом, вне зависимости от его успешности, на первом или на двух первых интервью ставят перед терапевтом особую задачу. Она заключается в подробном расспросе пациента о предыдущем лечении, в частности о клиническом переносе, его позитивных результатах и трудностях. Подробная картина прошлого опыта психотерапии позволит терапевту и пациенту предвидеть возможные препятствия и трудности, которые могут возникнуть в будущей терапии. Если исключить вероятность слишком сильного контрпереноса у предыдущего терапевта, следует ожидать появления прошлых трансферентных тенденций в отношениях с новым терапевтом. Такое совместное исследование прошлых терапевтических отношений дает толчок развитию рабочего альянса, поскольку оба его участника отдают заслуженную дань прошлому, говоря о будущей работе. Опираясь на такой альянс, они могут создать «систему сигнализации» для возможных тупиковых ситуаций. Например, пациент с пограничными нарушениями личности, который постоянно звонил своему предыдущему терапевту, будет стремиться изо всех сил добиться такого же общения с новым терапевтом, когда в процессе лечения его страстное желание зависимости окажется фрустрированным. Обсуждение и прояснение в самом

начале лечения отношения терапевта к поведению пациента снизит ожидания последнего и установит ориентиры на случай необходимости ввести какие-то ограничения.

Многие терапевты считают, что на первичном интервью следует обсуждать процесс лечения в целом и его основные правила. Иногда они даже предварительно формулируют цели дальнейшей работы. Для некоторых пациентов, наверное, это хорошо, но с большинством из них лучше оставить этот вопрос открытым. Нельзя быть абсолютно уверенным в том, что именно человеку нужно и чего он хочет. После важной для пациента консультации его тревога снижается до приемлемого уровня, и к моменту второй встречи у него могут возникнуть мысли о том, чтобы начать терапию с открытой датой завершения. Не ограничивая возможности терапии постановкой конкретных целей и постепенно проясняя сущность процесса, терапевт и пациент получают о нем более ясное представление. Поэтому я с некоторой настороженностью отношусь к тому, чтобы принимать решение о начале терапии на основании только одного интервью с пациентом. С другой стороны, есть пациенты, которые знают свое состояние и могут тонко воспринимать сидящего перед ними терапевта (особенно если раньше у них уже был психотерапевтический опыт), и при малейшем ощущении выжидающей установки терапевта типа «поживем – увидим» они сразу чувствуют себя отвергнутыми. У меня были пациенты, которые приходили и на второе, и на третье интервью с опасением, что они мне не понравились и что я хочу избавиться от них (то есть порекомендую им обратиться к другому терапевту), поскольку я не согласился с ними работать сразу же после первого интервью. Мою попытку предоставить им полную свободу в принятии решения они воспринимали как бесчувственное отвержение. Разумеется, были и совершенно иные реакции – некоторым пациентам было приятно, что они «не попали на конвейер» (как это иногда случалось в прошлом) и могли наслаждаться роскошью свободы распоряжаться своим временем и делать выбор по собственному усмотрению. Все это говорит о том, насколько могут разниться первые впечатления и насколько неоправданно

применение жестких правил в этой переменчивой и по-человечески вполне понятной ситуации.

Основной вопрос

Вас может заинтересовать, какие вопросы становятся главной темой исследования на первичном интервью. Я уже подчеркивал важность «открытого» слушания пациента, то есть позиции, не слишком сильно ориентированной на объективно-описательную психиатрию и на реестр психопатологических нарушений и признаков, идентифицирующих проблемы как психотические, невротические, пограничные и т. д. Объективные признаки и симптомы можно легко обнаружить, если определить основные проблемы и используемые защитные механизмы. Все беды и несчастья, с которыми люди приходят в кабинет психотерапевта, имеют общую составляющую — определенную фрустрацию, связанную с любовью. Любовь обретенная или любовь потерянная, любовь, которую ищут, или любовь, которую, кажется, вообще нельзя найти, — именно она нарушает жизнь человека, ищущего внимания и заботы со стороны другого, способного излечить его недуг. Таким образом, самое существенное обобщение, которое я могу сделать, таково: на первичном интервью терапевту следует обратить особое внимание на либидинозную связующую нить. Кого человек осознанно или бессознательно ищет, кого он боится потерять или не найти? Даже в жалобах, связанных исключительно с профессиональными проблемами, выражены явные отношения с людьми, любовь которых будет обретена или потеряна при каких-то изменениях в профессиональной сфере.

Рассмотрим следующие краткие описания первичного интервью:

> Женщина, находящаяся в состоянии депрессии, пришла на консультацию после того, как сменила место жительства из-за работы, а также потому, что хотела найти свои семейные корни (точнее, в поисках столь желанного «хорошего» отца). Ее муж хочет вернуться в другую область страны, откуда происходит его семья. Она находится

в состоянии внутреннего конфликта, не в силах решить, что ей дороже: живое настоящее или мертвое прошлое.

Женщина, которая недавно развелась с мужем, находится в состоянии сильной тревоги и дезинтеграции как в профессиональной сфере, так и в личных отношениях. Из ее рассказа становится ясно, что грядет неизбежный разрыв с мужчиной, которого она страстно любит. Бессознательно она это понимает, а потому хочет начать терапию и найти тихую гавань, прежде чем его потеряет.

У мужчины развиваются шизофрения и паранойя. Он открыто жалуется на преследования со стороны начальника. Понятно, что его паника вызвана первой беременностью жены и он безумно боится, что у нее не хватит любви для двоих.

В этой книге основной акцент сделан на переносе, который ведет терапевта к истокам значимых переживаний, тревог и конфликтов пациента. Перенос зависит от фрустрации любви (либидо) и вытекающего из этого постоянного стремления получить удовлетворение от другого человека. Хотя на первичных интервью очевидной становится только возможность переноса, а вовсе не прорабатываемый клинический перенос, в материале пациента можно увидеть проявления переноса и в его прошлом, и в настоящем. В этих частях запутанного лабиринта всегда можно найти нити любовного паттерна — пробы и ошибки. Эти ситуации в жизни человека затрагивают не только его душу, но, как правило, и его сознание. Если их коснуться во время первых встреч, пациенты чувствуют облегчение, ожидая, что терапевт сможет понять самое важное в их жизни. Фрустрация в любви как источник клинических расстройств является типичным событием повседневной жизни, однако столь часто игнорируется в клинической практике.

Мы закончим эту главу тем, с чего начали, снова делая акцент на основной задаче первичного интервью, а именно — на вопросе, который по его окончании терапевт задает пациенту: «Почувствуете ли вы после своего ухода удовлетворение от того, что я теперь знаю о вас все, что вы посчитали нужным сообщить мне, или же у вас останется ощущение, что я упустил нечто существенное?»

Глава 6. Диагноз психотерапевта и диагноз психиатра

> «Крайне важно, чтобы терапевта не ослепило болезненное состояние пациента при оценке всей его личности».
>
> *Зигмунд Фрейд.* «О психотерапии»

Еще в начале психиатрического обучения я стал понимать, что в процессе интервью у меня происходит расщепление сознания. Одна его часть выполняла все, что предусматривалось ролью и функцией компетентного психиатра: сбор достоверных амнестических данных, запись объективной информации для постановки правильного диагноза. Другая часть моей психики умоляла меня покончить с этой задачей, чтобы я мог расслабиться и получить наслаждение от работы с пациентом. Мне хотелось исключить «научные» и административные требования из взаимодействия с пациентом, чтобы мы смогли узнать друг друга «по-человечески», но не в смысле обычных дружеских отношений, а в смысле моего понимания и уважения страданий пациента. Знаний о бреде и галлюцинациях было вполне достаточно для постановки диагноза, однако они почти ничего мне не давали для понимания уникальной личности пациента. И, что более важно, эти знания никак не затрагивали вопроса о том, сможет ли этот человек пересечь болезненные интерперсональные границы, чтобы вступить со мной в контакт и заняться психотерапией.

Предполагается, что постановка точного диагноза определяет правильный курс лечения. Действительно, это важно и полезно со многих точек зрения, например, для структурирования окружающей среды, назначения медикаментозного лечения и прояснения того, что было «неправильным» в психике пациента и его семье. В самом общем виде психотерапевтический метод помогает отличать психозы от неврозов, манию от депрессии и т. д.

Однако довольно часто такие диагностические категории представлялись слишком широкими либо слишком узкими или иногда, несмотря на свою точность, не соответствующими задаче психотерапии. К сожалению, в отличие от диагнозов в других областях медицины, описательные психиатрические диагнозы не содержат никаких прогностических оценок относительно дальнейшего лечения. Чтобы оценить восприимчивость пациента к психотерапевтическому лечению, я стал прислушиваться к тем элементам личности, которые более соответствуют целям интерперсональной терапии.

В теории предполагается, что психотерапия лучше подходит психотическим, чем непсихотическим пациентам. Однако известно, что многие больные шизофренией делают более ощутимые успехи в лечении, чем пациенты с непсихотическими характерологическими расстройствами, и часто достигают большего, чем, например, невротики с обсессивными чертами личности. Создается впечатление, что компоненты психиатрического диагноза возникают на уровне абстракций и концептуальных схем, который отличается от уровня, отвечающего за создание благоприятной психотерапевтической атмосферы. Слабые ассоциативные связи, наличие бреда и галлюцинаций не разрушают способности пациента к установлению терапевтических отношений, не мешают ему приходить на сеансы, погружаться в болезненный процесс переживания горя и печали или работать над прояснениями и интерпретациями. С другой стороны, адекватное восприятие реальности и сильные защиты обсессивного невротика не всегда указывают на его заинтересованность в терапевтическом процессе; эти качества совершенно не предполагают наличия необходимого психологического настроя, важного для того, чтобы заглянуть внутрь себя.

Так, например, энергичный адвокат, привыкший смотреть на мир с точки зрения четких достоверных фактов, может испытывать сопротивление к оперированию умозрительными фактами, которые предоставляет бессознательное. Такие люди, оказавшись в состоянии кризиса, обращаются к психиатру за консультацией, а затем находят в себе силы решить проблему в практической плоско-

сти и тем самым привести в порядок свою психику. Однако очень часто они не в состоянии увидеть, что возникшая в результате их действий новая ситуация (новая жена, любовница или работа) хотя внешне и отличается от предыдущей, в действительности же на бессознательном уровне почти не изменилась. У этих людей нет признаков психоза, они демонстрируют хорошее с точки зрения стандартных психиатрических критериев чувство реальности и в целом обладают сильным Эго, включающим защитные механизмы высокого уровня, такие, как интеллектуализация и сублимация. При этом они совсем не подходят для аналитической психотерапии. Почему? Очень просто: у них нет мотивации заглянуть внутрь себя, и любая продолжительная зависимость от терапевта входит в противоречие с их собственным образом самодостаточного и независимого человека.

По иронии судьбы, несмотря на отмеченные личностные особенности, люди с пограничными нарушениями личности, находясь в кризисном состоянии, могут получить весомую пользу от психотерапии именно в силу того, что их стремление к зависимости (возможно, составляющее часть их проблем) толкает их к терапевту, а острота страданий повышает мотивацию и поиск понимания. Чрезмерная независимость (борьба с зависимостью) может оказаться дезадаптирующим фактором, тогда как явно чрезмерная зависимость может нести в себе элементы адаптации. Эти нюансы теряются в традиционных диагностических подходах, однако присутствуют в интуитивной и часто невербализованной реакции терапевта на личность пациента в целом.

Акцент на здоровье

Психотерапевтический диагноз направлен скорее на выявление здоровых, а не патологических аспектов личности. Традиционная же диагностика больше нацелена на поиски признаков патологии. В поиске того, что может сделать психотерапию эффективной, важно обнаружить сильные стороны личности пациента. Во многом этому может помочь знание о ходе нормального развития и роста.

Многое из того, что мы ждем от терапевтического процесса, существует в идеальном родительском отношении: эмпатическое понимание, толерантность к взлетам и падениям во время кризисов развития, тепло, способность к эмпирическому наблюдению и признание разумного равновесия между сдерживанием и высвобождением импульсов. Способность погружаться в этот процесс взаимодействия, который вновь воспроизводится в терапии (Фрейд определял психотерапию как «факультативное образование»), отражает здоровые аспекты личности, стимулирующие ее развитие. В лексиконе традиционной психиатрии существует немного терминов для обозначения здорового состояния и множество — для обозначения психопатологических особенностей. При оценке возможностей психотерапии наш профессиональный язык оказывается настолько не соответствующим задаче описания категории здоровья, что часто вместо этого приходится опираться на интуитивные, не выраженные вербально представления. В этой главе будет сделана попытка найти несколько слов для выражения этой повседневной интуиции.

Успешность применения психотерапии опирается на следующие факторы: на уникальность психологии личности пациента (интрапсихический фактор); на то, что находится на границе интрапсихического и интерперсонального (интерактивные факторы); и, наконец, на факторы, которые прежде всего развиваются в интерактивном поле. Указанные факторы взаимодействуют между собой, усиливая или ослабляя выраженность друг друга.

Мотивация

Совершенно нереально выделить какое-либо одно самое главное качество, необходимое для прохождения психотерапии. Но если все-таки попробовать это сделать, то я бы счел таким фактором мотивацию.

Многие элементы составляют ту результирующую, которую мы называем мотивацией. Некоторые из них по своей природе представляются биологическими, конституциональными силами Ид, выражающими либидо

в его стремлении к удовольствию и избеганию неудовольствия и агрессию ради самоутверждения. Другие корни мотивации лежат в ранних детских интеракциях с окружением, которое, несмотря на препятствия, обеспечивает надежные «тылы» для продвижения вперед. Другие источники — требования Супер-Эго никогда не сдаваться. Свободные от конфликтов части Эго могут быть мотивирующими факторами в стремлении к овладению ситуацией (Hendrick, 1942) или в стремлении к компетентности (White, 1963). В сильной мотивации содержится также чувство надежды, сложная эмоция, сулящая безопасность, надежность и конечное удовлетворение.

Таблица 6.1

Факторы, способствующие эффективности психотерапии

Интрапсихические<—>	*Интерактивные<—>*	*Интерперсональные*
Мотивация	Честность	Коммуникативное давление
Инсайт	Толерантность к фрустрациям	Тепло
Гибкость	Толерантность к аффекту	Восприимчивость
	Юмор	Диадический резонанс

Во многих глубинных исследованиях психотерапии мотивация рассматривается в качестве главного фактора в решении пациента продолжать терапию или в конечном успехе терапевтического процесса (Kernberg et al., 1972). Независимо от достоверности этих исследований, нельзя отрицать, что терапевт восхищается пациентом с сильной мотивацией и испытывает к нему уважение. Сильная мотивация будет служить и для терапевта, и для пациента подкреплением и поддержкой в процессе долговременного и часто фрустрирующего испытания. Это очень емкое и четкое свидетельство наличия ресурсов, которые могут

быть полностью скрыты на начальных этапах процесса, как остается скрытой красота бумажных японских цветов до тех пор, пока они не распустятся, оказавшись в воде.

> Один раз ко мне пришла молодая женщина по настоянию и рекомендации своей матери и ее друга, психиатра. Мое главное впечатление от этой потрепанной жизнью женщины, казавшейся старше своих лет, можно выразить через известный образ «женщина, нагруженная сумками». Она держала в руках огромную продуктовую сумку, ее волосы были непричесаны, висели прядями вокруг шеи и спадали на плащ, скрывавший почти все ее тело. Лишь на ее повернутом в сторону лице можно было заметить выражение каких-либо чувств. Она говорила очень тихо, короткими фразами. Она изложила свою историю словами и образами ее матери и друга матери. Было трудно понять, есть ли у нее своя собственная история. Ее пассивность впечатляла и вызывала грусть. Поэтому я был очень удивлен, что она настаивала на том, чтобы снова со мной встретиться, а затем удивился еще раз, когда позже она стала настаивать на том, чтобы мы начали терапию.
>
> За два года вроде бы произошло очень мало, хотя мое уважение к ее цепкой «собачьей хватке» (мотивации) постоянно росло. Здесь достаточно только сказать, что в течение последующих семи лет медленно, но верно она совершила замечательные и неожиданные шаги в своем внутреннем развитии и внешней жизни. В течение первых двух лет лечения только ее мотивация вела нас вперед к рождению новой личности.

Инсайт

Динамика инсайта в психотерапии принимает весьма разнообразные формы. Часто она подобна солнечному зайчику и колеблется в зависимости от уровня сопротивления (психической боли, сопровождающей осознание) и негативного и позитивного переноса. Она отражает то, насколько рациональное, наблюдающее Эго пациента находится в согласии с целями лечения. Инсайты, происходящие в ходе

первичных интервью, могут раскрыть потенциал использования терапевтической ситуации для дальнейшего понимания пациентом самого себя, что является одним из основных процессов изменений в терапии. Такое раскрытие возможностей может произойти во время первичного интервью либо, что бывает чаще, с течением времени, в последующих интервью. Надо добавить, что инсайт может происходить на уровне вербального и интеллектуального понимания. Или же он происходит на уровне переживания в форме аффективного окна эмоционального восприятия. В особенности это касается переноса.

> У меня было достаточно сложное первичное интервью с депрессивной пациенткой, которая парировала все мои замечания; они всегда чем-то ей не подходили. Ей казалось, что я неуклюж и совершенно не облегчаю наш разговор. В конце интервью я ощутил, что проделал огромную работу, стараясь сделать ситуацию более комфортной для нее, и размышлял, придет ли она на следующее интервью или позвонит и отменит встречу. Во время следующего интервью она удивила меня, заявив, что, как только она в прошлый раз вышла из моей приемной, то поразилась своему раздражению в мой адрес. Она высказала предположение: именно так вела себя ее мать по отношению к отцу. Пациентка добавила, что во время развивающейся депрессии ее приводило в ужас все более усиливающееся сходство с вызывающей у нее страх матерью. Во время первичного интервью она бессознательно отыграла большую часть своей основной жалобы, а не рассказала о ней. Это отыгрывание сразу дало мне гораздо более живую и актуальную картину всех ее трудностей, чем словесное описание. В сочетании с последующим пониманием ею смысла своего отыгрывания оно недвусмысленно раскрыло способность пациентки к самонаблюдению и инсайту.

Пациента может привести к терапевту тревога, но после первого успокаивающего эффекта консультации пациент должен по-прежнему ощущать достаточную степень тревоги, чтобы выдерживать фрустрацию и психологическую угрозу лечения. Инсайт помогает пациентам связать

тревогу с теми своими элементами, которые требуют дальнейшего исследования, и в то же время помогает им получить структурированное представление о лечении и интеллектуальное объяснение болезненности исследования. Подтверждение того, что осознанная поверхностная тревога имеет бессознательные истоки, особенно когда некоторые из них стали достаточно очевидными, оказывается вполне достаточным для поддержания рационального объяснения неопределенностей, возникающих в процессе лечения.

Гибкость

Нас восхищают люди, умеющие описывать свои слабости и вместе с тем признавать свои сильные стороны, которые ведут себя по-детски и вместе с тем зрело формулируют свои проблемы; заливаясь слезами, открыто страдают в течение сеанса, а затем, по его окончании, покидают кабинет, готовые столкнуться лицом к лицу с окружающим миром. Такую гибкость можно понять как способность к регрессии, стоящей на службе Эго. Она свидетельствует о широком спектре функционирования Эго пациента и подразумевает приспособляемость к условиям терапевтического процесса. Пациент оказывается одновременно и участником, и наблюдателем этого процесса. И, наконец, гибкость необходима, чтобы вовлечься в перенос эмоционально и при этом сохранять способность интеллектуального понимания. Такое разнообразие функциональных способностей неизменно производит впечатление на терапевта и свидетельствует о способности и явном желании пациента проделать определенную психотерапевтическую работу.

Негибкость, изначальная слабость Эго пациента, которые могут указывать на небольшой потенциал возможностей будущей психотерапии, способны кардинальным образом измениться в процессе лечения. Например, изначально пассивная, эмоционально однообразная, заторможенная домохозяйка позже может раскрыться как исключительно уверенная в себе, страстная и довольно эксгибиционистская личность. Первоначальная картина отчасти может быть психологической маскировкой, необ-

ходимой, чтобы успокоить легко впадающего в испуг мужа, и основывается на чувстве неадекватности, которое поддается терапевтическому воздействию. Ее мышление, на первый взгляд непродуктивное и психологически ограниченное, может представлять собой форму защиты. Существует другая крайность, когда Эго пациента эффективно в повседневной жизни и он воспринимает свое поведение как адаптивное, однако характерологическая броня является настолько Эго-синтонной, что мы не можем ее изменить даже интерпретациями бессознательного конфликта. В процессе первичной оценки мы должны больше фокусировать свое внимание на возможности изменения защит Эго, чем просто на актуальном его состоянии. Мы должны оценить, какая часть Эго отвечает защитным целям и какое пространство может открыться для свободного и более реалистичного использования защит.

Типичным примером негибкости являются обсессивные защиты — интеллектуализация, реактивные образования и изоляция аффекта. Хороший признак — если эти защиты несколько болезненны для пациента (то есть чужды его Эго), а не действуют незаметным для него образом (то есть Эго-синтонно). Такой дискомфорт говорит об осознании того, что подавленные тенденции сдерживаются несколько нерациональным использованием рациональных процессов. Кроме того, если обсессивные защиты применяются исключительно для изоляции эмоционального переживания, а не для достижения ясного мышления и терпимости к аффекту, тогда прогноз лечения хотя и не будет полностью отрицательно-черным (поскольку прогноз нельзя строить только на этом основании), но определенно будет темно-серым. Однако я не перестаю предупреждать о том, что нежелательно делать преждевременные прогностические оценки. Попытка терапии всегда предпочтительнее попытки диагностики.

Честность

«Нам не следует забывать, что аналитические отношения основаны на любви к истине, то есть на признании реальности» (Freud, 1937a, p. 248).

Способность относиться к себе честно и реалистично, конечно же, является достаточно относительной. Она находится в постоянном процессе развития. Хотя честность в какой-то степени близка к инсайту и к способности переносить болезненные аффекты и фрустрации, сама по себе она является выдающимся личностным качеством. Оно настолько важно для психотерапевтического процесса в целом, что если пациент проявляет честность при столкновении с невзгодами и испытаниями жизни, то тем самым он по определению обнаруживает способность вовлечься в психотерапевтический процесс. Часто, когда я говорил пациентам, что на меня произвела впечатление их честность при работе с чрезвычайно болезненным материалом, они с недоумением отвечали: «Как же я могу надеяться выбраться из всех этих неприятностей, если не повернусь лицом к фактам?» Когда психотерапия работает эффективно, она дает пациентам представление о том, что они *могут* (способны) сделать, а не о том, что они *хотят* сделать. Такого состояния сознания нельзя достичь без честного отношения к фактам. Честность в психотерапии также ставит вдвойне трудную задачу — быть честным не только по отношению к самому себе, но и в отношениях с другим человеком.

Однако честность сама по себе не всегда может быть совершенно адекватна:

> Обаятельный успешный брокер пришел ко мне на прием и сообщил, что быстро разочаровался в своем последнем браке, в который вступил довольно поздно. Его жена совершенно потеряла для него сексуальную привлекательность. Он был честен до цинизма, подробно рассказывая о том, что его ничего не волнует, о давлении семьи, которое заставило его временно капитулировать и жениться, а также о своих постоянных любовных увлечениях. По его словам, женщина для него значила не больше, чем «пенис в состоянии эрекции». Он говорил безо всякой издевки или жестокости, а просто излагал свою точку зрения; он действительно был честен по отношению к самому себе. Он подробно рассказывал о любовных похождениях своего отца, который, по его ощущениям, пытался скры-

вать похожие чувства от своей жены, детей и всей семьи в целом. Пациент предположил, что он испытывает в этом отношении меньше стыда и затруднений, чем его отец. Если бы я мог дать какую-то интерпретацию, которая могла бы восстановить его сексуальное влечение к жене, его брак, возможно, сохранился бы; если нет, ему пришлось бы развестись. Я был первым психиатром, к которому он обратился, и — после нескольких сеансов, во время которых магическая интерпретация так и не появилась,— я полагаю, оказался и последним.

Толерантность к фрустрации

Для всех пациентов, в особенности для тех, кто нуждается в особой «питающей» среде, терапевтическая ситуация вызывает сильное чувство фрустрации. Терапевт как особый объект оказывается доступным, однако лишь в определенное время и только по определенному поводу. На эти ограничения, связанные с доступностью терапевта, наталкивается множество неудовлетворенных либидинозных и агрессивных потребностей пациента. Действительно, терапевтический процесс может активизировать многие из этих потребностей. Пациент должен обладать способностью сдерживаться и ограничивать свое восприятие терапевта психической реальностью. Пассивное участие — вот основное правило в кабинете терапевта. Когда соблюдение этого правила оказывается невозможным, пациента обычно рекомендуют госпитализировать. Тогда лечение продолжается в условиях, где лечебная среда создает благоприятные условия Эго для демонстрации устойчивости и сдержанности.

Если пациент склонен к отыгрыванию, мы начинаем терапию, понимая, что пройдет еще много времени, прежде чем он сможет выражать словами и сдерживать явные проявления своих глубоких переживаний. По иронии судьбы в данном случае сам терапевт должен обладать терпимостью к фрустрации, чтобы выдержать отыгрывания пациента. Многие терапевты не могут работать с такими пациентами. Они не способны выносить непредвиденные

пропуски сеансов, большую задолженность, постоянное накапливание неоплаченных счетов, бесконечные бессмысленные телефонные звонки, непрерывное злоупотребление наркотиками либо алкоголем или саморазрушающее поведение. Возможно, самое большое испытание терапевта заключается в необходимости быть пассивным наблюдателем в случае деструктивного поведения пациента по отношению к окружающим. При этом у терапевта часто возникают трудности с определением той границы, где начинается «чересчур». При наличии таких нарушений в контроле аффективных импульсов терапия надолго остается всего лишь Первым Шагом. Главным фактором лечения оказывается желание пациента продолжать терапию и придерживаться терапевтических отношений, которые дают надежду на проработку переноса. Для работы с такими отыгрывающими пациентами требуется особая техника.

Когда отыгрывание уменьшается и драма начинает разворачиваться в кабинете терапевта, уровень переносимой фрустрации также указывает на то, что теперь пациент может позволить себе переживать аффект. Способность переносить тревогу и депрессию, то есть два основных аффекта, с которыми приходится иметь дело психотерапевту, связана со способностью выдерживать фрустрацию. Воспоминания и переживания, связанные с этими аффектами, очень болезненны, они воссоздают прежнюю и порождают новую травму; желание избежать ее будет чрезвычайно сильным. Именно в этот период склонное к психозу Эго будет развивать психотические симптомы или же из всего невроза выкристаллизуется невротический симптом.

В настоящий момент актуализированный аффект всегда соотносится с некоторой реальной ситуацией в прошлом. Перенос — первый тому пример. В большинстве сновидений визуальные образы, смещение и сгущение служат цели маскировки непереносимого аффекта. Не имея возможности выдержать аффект, пациенты не способны видеть, чего и кого они боятся, и скрываются от своего страха в запретах, симптомах и тревогах. Терапия — это в первую очередь стратегическое развитие способности выдерживать аффекты, в особенности чувства печали и го-

ря и их защитный вариант – депрессию. Эти чувства связаны с потерей объекта и причиняют сильную боль. Первые признаки того, что пациент может выдержать фрустрацию и перенести аффект, или по крайней мере перспектива появления этой способности в будущем говорят терапевту о потенциальной возможности пациента вытерпеть глубочайшую боль во время лечения.

Юмор

Смех, порожденный юмором, возникает в результате *эмпатического* отношения к человеческой неловкости и слабости. Юмор следует отличать от остроумия, которое содержит в себе больше агрессии и садизма и часто задействует неприятные стороны чрезмерно подавляющего Супер-Эго. Так, например, Бенжамин Франклин был одним из самых остроумных людей в своей стране. Ему принадлежит афоризм: «Трое могут сохранить тайну, если двое из них мертвы». Как мы увидим позже, крайняя жесткость и ригидность Супер-Эго – это два самых серьезных барьера на пути к изменениям и успеху в психотерапии. Чувство вины приводит к неудаче. Юмор отражает другую сторону Супер-Эго, объединяющегося с Эго, чтобы посмотреть на себя со стороны с таким же теплом и эмпатическим пониманием, как смотрит *родитель* на неизбежные стычки со своим растущим ребенком. Фрейд отмечал:

> «Если в юморе именно Сверх-Я говорит успокоительные слова запуганному Я, то это означает, что мы должны узнать о сути Сверх-Я еще много нового. Впрочем, далеко не все люди наделены чувством юмора. Это редкий и ценный дар... Когда Сверх-Я пытается с помощью юмора утешить Я и защитить его от страданий, этим оно не вступает в противоречие со своим происхождением из родительской дистанции» (1927, с. 166).

В отличие от остроумия, которое не приносит облегчения, юмор несет в себе элемент прощения, а также признание естественных сил, контроль над которыми выходит за рамки наших возможностей. Фрейд любил

сравнивать отношение Эго к Ид, ссылаясь на историю Ицхака-Наездника. Однажды люди увидели, как Ицхак несется на лошади во весь опор, и спросили его, куда он так спешит. «Спрашивайте не меня, а лошадь», — ответил Ицхак. *Склонность к игре* указывает на сходство юмора с работой сновидения. Первичный процесс может находить свое выражение, только пройдя через лабиринт защитных запретов. В создании шутки часто используются механизмы работы сновидения: сгущение, смещение и символическое представление, то есть во многом юмор приближает нас к бессознательным представлениям пациента точно так же, как это делает сновидение. Когда однажды я заметил пациенту, что он никогда не рассказывает своих сновидений, он ответил: «Доктор Роут, при такой жизни, как у меня, неужели кому-то нужны сны!»

Склонность человека к юмору свидетельствует о его зрелых отношениях со слушающим терапевтом, поскольку подразумевает *взаимопонимание.* Один пациент, ложась на кушетку в начале анализа, сказал: «Психоанализ — это как брак. Хочется, чтоб это было только один раз в жизни!» Это замечание свидетельствовало о его надеждах в отношении своего брака и намекало на возникающий сильный перенос. Вместе с тем оно говорило о его тревогах по поводу того, что ему потребуется длительный и трудный для нас обоих анализ. Мысль о том, что мы не расстанемся друг с другом, открывала тему депрессии. Чувство юмора обнаружило его *наблюдающее Эго*, которое находилось на некоторой дистанции от его переживающего Я и предполагало существование у него способности к рефлексивному самонаблюдению. Юмор помог сделать *непереносимое переносимым*, что в конечном счете и составляет основное содержание психотерапевтического процесса.

Из анализа чувства юмора, возникающего из либидинозной защищающей части родительского Супер-Эго и использующего адаптивные качества Эго, следует: человек может взять от психотерапии все, что она может ему предложить.

Коммуникативное давление

Фрейд рассматривал психоанализ как науку, основанную на методе свободных ассоциаций. Непредвзятое наблюдение за свободным потоком информации должно выявить скрытые связи и значения слов, эмоций и действий пациента. Хотя мы не можем ожидать, что изначально тревожный и осторожный пациент окажется столь открытым, мы можем понять, является ли для него главным намерение открыть или «захлопнуть» свое сознание. Хочет ли человек знать, что он говорит, и хочет ли он, чтобы мы это тоже знали? Когда в ходе аналитического сеанса возрастает необходимость прояснить прошлые и нынешние переживания, выявляется больше разных подробностей, деталей и примеров. Та степень, с которой мы ощущаем попытки пациента осуществить слияние своей психики и своего понимания с нашей психикой и нашим пониманием, будет являться мерой коммуникативного давления. В основе коммуникативного давления лежит множество факторов: тревога по поводу нынешнего тяжелого состояния, способность к общению, терапевтическая техника, позволяющая выявить эту тревогу, тип переноса, а также представление пациента о том, что должно происходить во время такого сеанса. Все эти факторы складываются в некое суммарное впечатление терапевта о том, насколько пациент хочет раскрыться и таким образом создать между собой и терапевтом мир, который можно наблюдать, о котором можно думать, говорить.

Несколько лет тому назад я встретил Элвина Семрада, одного из выдающихся мастеров терапевтического искусства. Мы увиделись после того, как он провел интервью с новой пациенткой. Обычно загадочный и неразговорчивый человек, в тот момент он просто сиял. Он сказал, что пациентка оказалась такой замечательной, и стал в подробностях рассказывать, что он ей сказал и что она ответила, что он сделал и что она почувствовала. Факты, подробности составляют для Семрада ядро реального переживания. Именно эти подробности ему и необходимо знать, чтобы двигаться по пути, который является для него настоящей психотерапевтической работой. Семрад часто говорил, что свободные ассоциации – наш единственный

исследовательский инструмент, и, чем больше пациент склонен к тому, чтобы взять нас собой в особую реальность своих представлений, тем более вероятно, что наши замечания будут обоснованными и действенными. Кроме того, коммуникативное давление является индикатором базового доверия, желания пациента осуществить слияние своей психики с нашей. Этот индикатор указывает на возможный потенциал терапевтического альянса, который, как уже говорилось ранее, основывается на базовом доверии.

Теплота

Душевная теплота — трудно определимое понятие, но оно часто используется при описании пациентов, которых терапевты находят «привлекательными» и «обаятельными». В физическом мире холод определяется как отсутствие тепла. Когда мы встречаем холодного пациента с недостатком душевного тепла, от которого даже на огромной дистанции веет льдом, мы определенным образом реагируем на подобное отсутствие либидинозной заинтересованности в нас. Мы чувствуем, что совершенно безразличны такому пациенту. Модным термином для описания такой личностной черты является «нарциссический», часто употребляемый в негативном смысле.

Сильно выраженная душевная холодность, связанная с действиями, задевающими и обижающими других людей, заставляет подозревать наличие психопатии. Этот грубый дефект Супер-Эго пациента является самым серьезным источником неудач для отважных терапевтов, которые пытаются работать с такими пациентами. Часто эти пациенты обладают большим шармом, но вовсе не душевным теплом. Типичный пример такой личности — мошенник. Крайняя степень душевной холодности, воплощением которой являются такие пациенты, очень часто ассоциируется с психотерапевтической неудачей и ярко высвечивает тот факт, что аналитическая терапия основывается на способности двух людей к заботе и вниманию друг к другу.

В целом можно сказать, что трансферентная любовь, которая создает мотивацию к лечению и поддерживает пациента в характерных для этого процесса фрустрациях,—

это другая форма той черты характера, которая называется «теплотой». Интерактивная природа психотерапевтических отношений требует, чтобы оба участника обладали достаточной степенью теплоты.

Душевное тепло подразумевает наличие или возможность эмпатии. Личностное взаимодействие и восприятие другого человека является основным условием зрелого поведения людей. Это ментальная точка отсчета, которая служит ориентиром для поддерживающих, приятных человеческих отношений. Отсутствие таких отношений часто становится важным источником психических заболеваний; их достижение — главное достояние, ибо именно теплые человеческие отношения сглаживают несчастья. Таким образом, душевное тепло позволяет предположить, что человек способен проявлять заботу о других людях и нейтрализовывать свои внутренние садистические и разрушительные тенденции, направленные на других.

Когда мы встречаем людей, которые вызывают у нас ответные чувства и дают понять, что им небезразлично наше присутствие, мы спонтанно ощущаем их привлекательность. Мы чувствуем, что можем с ними работать независимо от того, обладают ли эти люди такими личностными чертами, которые необходимы для психотерапии. Теплоту могут проявлять и больные шизофренией, и истерические невротики. Душевная теплота может выражаться по-разному, так же как и основные защитные механизмы, но впечатление терапевта при этом остается тем же самым. Как развивающийся интенсивный шизофренический бред, так и многословная истерическая тирада могут передать ощущение вовлеченности в теплые терапевтические отношения. Такое ощущение играет ведущую роль в желании терапевта больше узнать о пациенте и быть к нему ближе.

Ответная реакция и диадический резонанс в терапевтических отношениях

Когда оказывается, что пациенты осознают то, что они говорят в течение аналитического сеанса, и придают новые смыслы старым историям, мы восхищаемся

их способностью к инсайту. Точно так же, когда мы предлагаем разъяснение или предварительную интерпретацию и пациент с ней работает, мы находимся под впечатлением не просто инсайта, а инсайта в *ситуации межличностного общения.* Психотерапевтический процесс зависит от двух человек, работающих вместе. Когда пациенты могут использовать нас для лучшего понимания самих себя, мы начинаем думать, что это — предвестник благоприятных перемен. К сожалению, такая уверенность не всегда обоснованна, поскольку то, что первоначально может представляться инсайтом, ретроспективно может оказаться результатом уступчивости и соглашательства с терапевтом. Однако рано возникшее стремление пациента к инсайту часто является достаточным позитивным прогностическим критерием. Его прогностическая ценность сохраняется даже при том, что самые яркие инсайты во время первых интервью оказываются «пробными» и им не хватает обоснованности, которая приходит только в процессе длительной проработки конфликтов. Первоначально нас должна интересовать *форма* инсайта, а не его содержание. Серьезное стремление пациента использовать наши наблюдения, прояснения и другие интервенции в перспективе будет способствовать созданию структуры для постоянной коррекции, оценки и перепроверки нашей совместной работы. Ответная реакция — это грубая оценка способности пациента к сотрудничеству и прочная основа для постепенного формирования рабочего альянса.

Близким к ответной реакции является фактор, который я называю диадическим резонансом в терапевтических отношениях. Психотерапевтический процесс зависит от взаимодействия двух человек. Важно выяснить: получает ли пациент от наших отношений определенный комфорт и поддержку? Возрастает ли его понимание того, что с ним происходит? Уменьшается ли тревога пациента в присутствии терапевта и возрастает ли постепенно его способность выносить депрессию и другие аффекты? Создает ли эмпатическое отражение переживаний пациента инструмент, приемлемый для саморефлексии? Короче говоря, возникает ли впечатление, что две головы лучше, чем одна?

Довольно часто диадический резонанс в терапевтических отношениях свидетельствует о том, что пациент и терапевт подходят друг другу. Нам нравятся пациенты, обладающие привлекательными для нас качествами характера. Достаточно вспомнить чувство удовлетворения, которое испытывал Семрад в описанном выше примере. В других случаях некоторые черты пациента оказываются сходными с теми нашими чертами, которые остаются подавленными, по крайней мере, изначально. У терапевта и пациента могут быть похожие конфликты или переживания. При отсутствии сопротивления контрпереноса этот резонанс усиливает эффект точного эмпатического переживания.

Опытные терапевты со временем все больше и больше узнают арсенал своих терапевтических возможностей. Когда диадический резонанс становится диадическим диссонансом, разумно направить пациента к другому терапевту, который будет чувствовать себя с ним более комфортно. Так, например, терапевт со слабо выраженным нарциссизмом может испытывать трудности с пациентом, обладающим ярко выраженными характерологическими нарциссическими чертами.

Однако в целом можно сказать, что лучше встретиться с пациентом несколько раз, прежде чем делать выводы о возможности совместной работы. Как уже отмечалось, защиты, проявляющиеся в самом начале, часто заметно ослабевают, когда пациент обнаруживает заинтересованность и эмпатию терапевта. По мере того как пациент и терапевт узнают друг друга, диадический резонанс в терапевтических отношениях может возрастать.

Зерна правды, превознесенные до мифических высот

Полезно вспомнить, что, когда Фрейд предостерегал против аналитической работы с психотиками, он определял состояния этих пациентов как «нарциссические неврозы». Он подчеркивал, что нарциссизм этих людей создает препятствие для возникновения интереса и привязанности (катексиса) к терапевту. У них не развивается перенос. Крайняя фокусированность на самом себе и отсутствие

интереса к тем, кто находится за пределами границ личности,— это выдающийся психотерапевтический факт, заслуживающий особого внимания. Жулик-психопат не является психотиком. Вместе с тем именно его нарциссизм ограничивает возможности терапии. Наша техника является интерперсональной, хотя она глубоко затрагивает внутреннюю душевную жизнь пациента. Поэтому, оценивая потенциальную успешность нашего метода, мы всегда должны понимать, что его результативность будет ниже, если пациент отказывается признавать нашу значимость и важность.

Если оставить в стороне вопрос о степени нарциссизма, то психоз, как уже неоднократно отмечалось (Boyer, 1967), сам по себе не является противопоказанием для психотерапии. Возможно, мы не можем вылечить пациента с биологически детерминированной шизофренией (нарушения широкого спектра), однако мы можем препятствовать развитию психотических состояний, уменьшая чувствительность и ранимость пациента.

Пожилой возраст характеризуется уменьшением психической пластичности, что до последнего времени рассматривалось как еще одно противопоказание для аналитической терапии. Конечно, нельзя отрицать, что многие люди с возрастом становятся ригидными в своих привычках и взглядах. Другие же проявляют психическую гибкость, свойственную гораздо более молодым людям. Не начав терапию, довольно трудно сказать, какое влияние возраст оказал на человека. Многие пожилые люди оказываются под воздействием культурных догм и неписаных заповедей: «Старую собаку новым трюкам не научишь». Они могут прийти к терапевту с изначальной установкой, что им уже нельзя помочь. Им нужно попробовать начать лечение, чтобы обнаружить свою способность к изменениям и экспериментированию. Я лишь снова могу повторить, что при психотерапевтической диагностике, независимо от возраста пациента, лучше всего полагаться на интуитивное видение перспективы лечения. Я постарался выразить это обстоятельство своими словами и исходя из своего опыта. У других терапевтов может быть другой опыт и другие слова.

Заключение

Клинический взгляд очень важен для того, чтобы разные факторы могли сложиться в единое терапевтическое представление. Например, 45-летний мужчина с 25-летним стажем алкоголизма и с негативным опытом психотерапии в прошлом может обнаружить способность к инсайту, мотивацию, чувство юмора, стремление к коммуникации, диадический резонанс и душевную теплоту. Однако из его истории ясно: его способность выносить фрустрацию настолько слаба, что шансы благоприятного исхода аналитической терапии оказываются слишком незначительными. Структурированная программа Общества Анонимных Алкоголиков может быть альтернативным вариантом лечения и привести к лучшим результатам.

С другой стороны, у молодого человека или молодой женщины с примитивным самоповреждающим поведением и с явной неспособностью выносить фрустрацию могут обнаружиться другие ярко выраженные черты. В таком случае долговременное лечение в стационаре может помочь пациенту переносить фрустрацию до тех пор, пока эта способность у него не появится. В идеальном случае обстановка стационара выполняет те психологические функции, которые отсутствуют до того момента, пока находящийся в регрессии пациент не разовьет или не восстановит их.

Некоторых терапевтов может напугать мое предложение работать со всеми пациентами, демонстрирующими сильную мотивацию. Что, могут они спросить, будет происходить с пассивными или мазохистическими пациентами, которые окажутся в неопределенной или трудной ситуации? В какой-то мере можно предположить, что если в жизни пациента было довольно много благоприятных терапевтических ситуаций, которые завершились плачевно, тогда есть основания сомневаться в положительном исходе еще одной терапии. В таком случае следует принять во внимание другие виды лечения. Если у пациента не было опыта участия в напряженном процессе аналитической терапии, тогда, вне зависимости от диагноза, стоит дать ему шанс.

При определении возможностей, заложенных в человеке или ситуации, многое зависит от исходного взгляда. Традиционный диагноз может иметь успех при необходимости отличить одного пациента от другого с точки зрения клинических признаков или симптомов. Часто диагностический подход имеет совершенно другие цели, чем подход, направленный на поиск возможностей психотерапевтического процесса. Терапевт может ощущать себя сбитым с толку, если, будучи крепко привязанным к культуре психиатрического обучения, он опирается на свои диагностические установки при оценке ситуации с точки зрения психотерапии.

> «И часто бывает так, что, когда вы ближе узнаете пациента, его диагноз совершенно теряет свое значение» (Semrad, 1980, p. 176).

Глава 7. Привязанность: Стремление к слиянию

Привязанность, понимание, интеграция

Теология, наука, философия и искусство на протяжении веков так и не пришли к согласию относительно основных аспектов человеческой природы. Поэтому не стоит особенно удивляться, что обсуждение основ психотерапии часто заканчивается констатацией непримиримых расхождений. Сбалансированную картину получить очень непросто. Фридман (Friedman, 1978) попытался нарисовать ее в своем исследовании направлений и ответвлений в психоаналитической мысли с момента ее зарождения и вплоть до настоящего времени. Он описал три ведущих, хотя и отличающихся друг от друга направления в аналитической теории и психотерапии под заголовками: «Привязанность», «Понимание» и «Интеграция». Если мы расширим эти понятия и установим между ними динамические связи, то получим сжатое содержание аналитической терапии.

В таблице 7.1 приведены основные понятия, почти все они являлись предметом полемики, а часто и непримиримых споров. Конечно, при попытке представить реалистичную картину клинического процесса нам придется исключить многие из этих понятий. Для каждой категории вместо подробного ее описания я выбрал наглядный пример. Можно было бы добавить многие другие понятия, а иные заменить, но тогда нам пришлось бы значительно увеличить объем нашего описания.

В целом процесс психоаналитической терапии предполагает определенную динамику, подкрепляемую творческим потенциалом фрейдовской техники свободных ассоциаций и возможностями переноса в условиях нейтральности терапевта. Аналитический подход отдает должное бессознательным влечениям, защитам и конфликтам,

Таблица 7.1

Факторы, характерные для психотерапевтического процесса

Пациент <——————>**Терапевт**		
Привязанность <——————	>*Понимание* <——————	> *Интеграция*
Диатрофическая функция	Клинический перенос	Стремление к достижению психологической физиологической социальной зрелости
Профессиональный терапевт	Инсайт наблюдение прояснение отреагирование интерпретация	Проработка
Реальные отношения	Аффективный инсайт	Смещение в психической структуре
Базовое доверие	Свободное от конфликтов Эго	Синтетическая функция Эго
Базовый перенос	Рабочий альянс	Эрос
Терапевтический альянс		Самость
Переходный объект		Перенос как интеграция
Поддерживающее окружение		Идентификация с терапевтическим процессом
Симбиоз		Организующая функция
Нарциссический перенос		Триада: взаимодействие интернализация действие
Желание вылечиться		
Время		
Особые неспецифические врожденные факторы		
Психотерапевтический диагноз пациента Личность терапевта Внешнее окружение и судьба		

которые проявляются в речи, аффектах и поведении. Постепенно эти силы фокусируются на терапевте при клиническом переносе. Потому известная доля нейтральности со стороны терапевта поможет пациенту различать фантазию и реальность.

Стрелки в таблице направлены в обе стороны, что отражает *постоянное* взаимное влияние процессов друг на друга. И пациент, и терапевт обладают своей особой реальностью. Стрелки указывают на то, что в этой паре каждый воздействует на другого, о чем уже говорилось при обсуждении переноса и контрпереноса. Привязанность, понимание и интеграция находятся в таких же динамических отношениях. Они зависят, хотя и в разной степени, друг от друга и усиливают друг друга. Например, человек, ощущающий привязанность к терапевту, будет скорее всего испытывать меньшую тревогу. Это снижение тревоги позволяет ему яснее мыслить и лучше понимать, что в свою очередь усиливает привязанность, тогда как интеграция повышает шансы на видение перспективы и приводит к более ясному осознанию. Взаимодействие между пациентом и терапевтом, наряду с особыми неспецифическими врожденными факторами, будет рассматриваться в других главах этой книги. Здесь мы упоминаем о них лишь для того, чтобы сделать картину более полной и ясной.

Привязанность

Привязанность представляет собой особый процесс, без которого не могут возникнуть ни понимание, ни интеграция, ни длительные изменения.

> «Уважаемый доктор Роут,
> После нашей вчерашней встречи стало ясно, что мне надо еще много сказать вам о моих чувствах. Мне не хотелось бы, чтобы у вас создалось впечатление, что я считаю вас холодным, отстраненным и равнодушным (а потому неопасным). Это далеко от истины. Я никогда не чувствовала *больше* любви и заботы, но с той лишь разницей, что эта любовь существовала в строгих рамках. В свою очередь скажу: я вас люблю, люблю глубоко и искренне, а иногда

совершенно незаслуженно. Я тысячу раз желала услышать ваш голос, увидеть вашу улыбку или почувствовать ваше прикосновение. Каждый раз мне было трудно от вас уходить, потому что, когда я с вами, я расслабляюсь и чувствую, что ваша забота меня поддерживает. Иногда, когда я замолкаю, я просто растворяюсь в этом чувстве. Я не говорила о своих фантазиях от смущения, но все равно они часто были со мной... вы всегда сохраняли формальную дистанцию, которую я считала должной и необходимой... меня поддерживали и исцеляли именно наши отношения, и от них зависит продолжение развития моей личности».

Эта пациентка проникла в глубь переживаемых ею аффектов в процессе проводимой с ней терапии, которая носила преимущественно вербальный характер и была ориентирована на интерпретацию. Четкое описание процесса привязанности можно найти у Фрейда:

«Если пациент вступает в борьбу с сопротивлением, которое мы ему раскрыли в процессе анализа, ему необходим мощный стимул, который будет оказывать влияние на решение в желательном для нас смысле, то есть будет вести к излечению. Иначе может получиться так, что он предпочтет пойти по прежнему пути и все, что раньше достигло сознания, вновь соскользнет обратно в бессознательное и подвергнется вытеснению. В этот момент исход борьбы решает не интеллектуальный инсайт, — который не является ни настолько сильным, ни настолько свободным для таких достижений, — а исключительно и только его отношения с врачом. До тех пор, пока перенос имеет знак "плюс", врач обладает авторитетом и пациент доверяет его объяснениям. В отсутствие такого переноса или же при негативном переносе пациент даже не будет прислушиваться к тому, что говорит врач, и к его аргументам» (1917, p. 445).

Какие же элементы базового переноса и какая структура терапевтических отношений вносят свой вклад в эту поддерживающую привязанность?

Фрейд утверждал:

> «Первой целью лечения остается привязать больного к лечению и к личности врача. А для этого нужно сделать только одно – дать больному достаточно времени. Если к нему проявляют серьезный интерес, заботливо устраняют возникающие вначале сопротивления и избегают известных ошибок, то у пациента такая привязанность возникает сама по себе, и он свяжет врача с образом одного из людей, которые относились к нему с симпатией» (1913, p. 139).

В терапии это обычно образы тех людей, от которых зависит физическое, психическое и эмоциональное благополучие — не только родители или замещающие их объекты, но и врачи, педагоги и друзья.

Ранние отношения между матерью и ребенком

Шпиц (Spitz, 1956), в течение длительного времени изучавший влияние окружения на раннее детство, ввел понятие «диатрофическая функция» (происходит от греческого слова, обозначающего «выкормить») для обозначения стремления терапевта исцелить пациента, оказывать ему поддержку. Диатрофическая функция сходна со средой, которую создает мать в первые годы жизни ребенка, сталкиваясь со страданием, тревогой и смятением ребенка в повседневной жизни и во время кризисных периодов. Гительсон (Gitelson, 1962) развил это понятие дальше: «Подобно матери, которая является объектом побуждений ребенка и выполняет роль вспомогательного Эго, придает этим желаниям форму и функцию, вводя тем самым в действие принцип реальности, — аналитик выявляет фокус бессознательных тенденций, которые пациент привносит в анализ, и, выполняя свою диатрофическую функцию, придает направление и цель прорывающимся инстинктам и ожившей потребности в развитии» (p. 198). Это рабочая метафора. Пациент приходит к терапевту в смятенных чувствах, но с потенциальным творческим зарядом. Терапевт действует как сито и выделяет цель для болезненного психологического диссонанса.

Лёвальд (Loewald, 1960) добавляет к этому, что интеракции и интервенции терапевта выражают не только то,

что он видит страдания пациента в ситуации здесь-и-теперь или в аналитически реконструированном прошлом, но, что более важно, учитывает его *потенциал* в будущем. Данная установка предполагает аналогию с позицией матери, которая видит потенциал растущего ребенка. Эти элементы вселяют в пациента надежду на успешность терапевтического процесса, которая в совокупности с ощущением страдания поддерживает мотивации к лечению.

> Талантливый, трудолюбивый врач никак не мог решиться положить конец своему несчастливому браку и уйти к другой женщине. Два года он находился в этом обсессивном тупике, пребывая в метаниях между двумя женщинами, при постепенном нарастании угнетающей его тревоги. Поскольку это стало отражаться на его работе, всегда служившей ему защитой от жизненных неприятностей, он пришел в паническое замешательство и обратился за консультацией к психиатру. Встреча с психотерапевтом дала ему совершенно новый опыт. Психология и психотерапия являлись для него сферой чисто интеллектуального интереса, к которой он никогда не питал особого доверия. Пациент был крайне удивлен тем, что почувствовал облегчение, освободившись от смертельного страха и беспомощности. Возможность постепенно понять смысл его дилеммы стала для него большим утешением. Сам он уже отчаялся разобраться в своих трудностях. Сначала его паника снижалась лишь в присутствии терапевта, но вскоре он стал считать терапевта своим «путеводителем по жизни». Эта изначальная привязанность усиливалась между сеансами, давая пациенту возможность перевести дух перед началом более длительного процесса понимания и интеграции.

Другая сторона диатрофической функции раскрывается в работе Бермана (Berman, 1949), который сделал акцент на ощущении пациентом преданности и вовлеченности терапевта. Это ощущение возникает в результате проявления неуклонной терпеливости, благожелательного принятия и постоянного стремления к пониманию, которые сохраняются у терапевта при любых «бурях» переноса. Со временем пациент убеждается в том, что,

несмотря на продолжающиеся вспышки агрессии и всплески либидо, терапевт остается надежной и стабильной фигурой. Чувство безопасности и защищенности окутывает терапевтические отношения. Оно означает, что терапевт не бросает слова на ветер, когда эмпатически говорит, что понимает пациента. Берман утверждает: «Зрелый родитель — это прототип аналитика» (p. 163). Этот элемент привязанности является частью реальности как в терапевтической ситуации, так и в переносе. Более подробно мы рассмотрим вопрос о «реальных отношениях» в главе 4.

Базовое доверие

«Базовое доверие» (Erikson, 1950), на которое пациент опирается в поисках помощи, частично проистекает из ранних отношений между матерью и ребенком. Гринакр дает следующее объяснение:

> «Если два человека постоянно находятся вместе, между ними развивается особая эмоциональная связь. При этом они могут быть даже чужими друг другу и заниматься относительно нейтральным делом, которое ни один, ни другой не направляет ни на пользу, ни во вред другому. Между ними довольно быстро возникнет либо дружелюбная, либо недружелюбная атмосфера... Эта матрица... создается по большей части в первичном квазисоюзе между матерью и ребенком в первые месяцы жизни. Я называю это базовым переносом, или первичным переносом, или частью примитивного социального инстинкта» (Greenacre, 1954, p. 671).

Гринакр полагает, что, если один человек находится в беде и чувствует себя зависимым от другого, последующие отношения между ними будут усиливать у первого тенденцию к воспроизведению ориентации на мать, характерную для раннего младенческого возраста. Этот базовый перенос будет придавать привязанности пациента особый эмоциональный тон. Степень нарушенности детско-материнских отношений определяет ту или иную технику терапии. При работе с психотическими или пограничными

личностями большая часть терапевтической работы будет посвящена интерпретации ожидаемого недоверия пациента к психотерапевту.

Цетцель (Zetzel, 1958) пошла дальше, утверждая, что даже при работе с невротиками на начальных этапах терапии необходимо предпринимать шаги для укрепления базового доверия. Развивая эту идею, она предлагает терапевту давать соответствующие интерпретации и разъяснения и брать на себя активную роль в «признании базовых нужд и тревог пациента» (p. 188). Связь, возникшую в таком процессе роста базового доверия, Цетцель назвала *терапевтическим альянсом.* Она предостерегает, что без терапевтического альянса пациент не сможет выдержать регрессивный трансферентный невроз и интерпретации. В 1937 году Эдвард Бибринг высказал сходную точку зрения:

> «С моей точки зрения, позиция аналитика и создаваемая им аналитическая атмосфера являются, в сущности, коррекцией реальности, подстройкой к детским тревогам пациента из-за потери любви и возможности наказания. Даже если впоследствии эти тревоги найдут аналитическое разрешение, я все равно считаю, что отношение пациента к аналитику, из которого возникает ощущение безопасности, является не только предпосылкой аналитического процесса. Оно непосредственно (а не только аналитически) укрепляет его чувство безопасности, которое ему не удалось обрести или укрепить в детстве. Такое непосредственное укрепление чувства безопасности, — которое само по себе находится вне области аналитической терапии, — безусловно, имеет лишь временное значение, если оно сопровождает ход аналитического лечения».

Терапия как переходный объект

Все мы знакомы с понятием «переходного объекта» Винникотта (Winnicott, 1953). Этот «объект», играющий важную роль в развитии ребенка, является одновременно элементом жизни и фантазии и помогает ребенку преодолеть се-

парацию с матерью. Отражая способность человека к символизации, переходный объект свидетельствует об осознании части реальности, «отличной от меня». Такая символизация позволяет ребенку выдержать процесс сепарации и связанные с ним тревоги. Классическим примером может служить одеяло, увековеченное Линусом — героем американского мультфильма «Мелочевка» («Peanuts»). Высказывая взгляды, близкие к позиции Винникотта, Стоун (Stone, 1961) считает, что в терапии существует два вектора. Один направлен в сторону слияния, телесного воссоединения с матерью, ее способностью утешать и давать удовлетворение. Второй направлен в сторону сепарации, индивидуации и зрелости. Слова терапевта (символы) в виде интерпретации служат промежуточным, связующим звеном в сепарационном процессе. Но и терапию в целом можно рассматривать как переходный объект, пересадочную станцию на пути к дальнейшему развитию.

Расширяя понятие Винникотта «поддерживающее окружение» (аналог поддерживающей среды, создаваемой матерью и необходимой для развития младенца), Моделл (Modell, 1976) описывает «обволакивающий перенос»: нарциссические личности воспринимают терапевтические отношения как крепость, которая дает им иллюзию безопасности и защиты. Такие пациенты чувствуют себя защищенными от внутренней опасности, которую несут в себе либидо и агрессия, а также от внешней опасности, исходящей из реальной жизни. (Это определение сходно с тем, как Д. Барлингем и А. Фрейд [D. Burlingham and A. Freud, 1942] описали детей, переживших бомбардировки Лондона во время Второй мировой войны. Дети оставались спокойными, находясь с матерями, и не проявляли тревоги, но испытывали ужас, когда оказывались отдельно от них.) Моделл подчеркивает, что полное развитие «обволакивающего переноса» позволяет достичь такой консолидации Эго, которая дает возможность интерпретировать перенос. Интерпретация делает невозможным дальнейшее отрицание внешней и внутренней опасности, вызванной либидо и агрессией; это эквивалентно признанию того, что «обволакивающий перенос» является фантазией. Без этого сдвига терапия может оказаться бесконечной.

Слияние

Элемент слияния входит во все упомянутые выше понятия; пациент бессознательно отождествляет терапевта с образом или образами из прошлого, в особенности из самого раннего детства. Сирлз (Searles, 1965) пишет о важности такого слияния:

> «Возможно, самая главная причина, из-за которой мы восстаем против своей развивающейся личностной идентичности, заключается в том, что мы чувствуем, как она разделяет и все больше и больше будет разделять нас с матерью, с которой мы когда-то составляли единый всеобъемлющий мир. Я считаю, что, чем лучше младенец (ребенок) интернализует симбиотические отношения с любящей матерью, которые составляют основу его личностной идентичности, тем больше этот симбиотический уровень существования окажется доступным... для более структурированных аспектов его развивающейся идентичности... не как сдерживающее начало, а... как фактор, способствующий высвобождению его энергии и способностей в творческих отношениях с внешним миром» (p. 42).

«Идентичность позволяет человеку воспринимать мир не просто отражая его, но и на уровне символических связей, в буквальном смысле “пробуя” его через процессы проекции и интроекции» (p. 67).

С терапевтической точки зрения, для того, чтобы понять себя, необходимо сначала слиться, чтобы затем отделиться.

> Один психиатр обратился ко мне за консультацией по поводу не очень благополучно развивающегося клинического случая. Пациентка, женщина лет двадцати, приходила в ярость всякий раз, когда он интерпретировал перенос. Она упорно воспринимала его как свою мать — нью-йоркскую еврейку, обладающую характерным грубым юмором, который часто способен поддерживать человека в плохом эмоциональном состоянии. Психиатр настойчиво повторял ей, что такой

перенос помогает ей избегать переживания несчастья и грусти. Эти интерпретации вызывали у пациентки огромное раздражение, и она стала говорить о прекращении лечения.

Поскольку лечение продолжалось только полгода, я высказал терапевту свое предположение о том, что, возможно, этой женщине необходимо предоставить больше времени, чтобы она узнала его лучше, прежде чем она сможет пережить его отстраненность. Фиксация на слабостях ее симбиотического прошлого имела и свои сильные стороны. Психиатр делал попытки превозносить сепарацию как главный фактор, необходимый для усиления понимания пациенткой происходящего и стимуляции ее личностного развития и роста.

Симбиоз приближает человека как к позитивным либидинозным источникам, так и к травматическим моментам жизни, поэтому не стоит вместе с водой выплескивать ребенка. Кохут (Kohut, 1977) развил этот взгляд в терминах нарциссических переносов, слияния, зеркального отражения и близнецового переноса. Он описал, как эти потребности в слиянии и фантазии о слиянии возникают в процессе развития и роста. Все эти переносы должны быть пережиты, прежде чем они будут проработаны. Кохут подчеркивает, что нетерпение к проявлениям нарциссизма препятствует развитию этих переносов, существенно снижая тем самым возможность успешной терапии.

Магические желания и привязанность

Нунберг (Nunberg, 1926), говоря о сложностях, связанных с вопросами привязанности и мотивации к лечению, описывал в своей работе «Стремление к излечению» бессознательные инфантильные желания: «Желание, чтобы все было хорошо, по своей сути является антитезой лечения в смысле адаптации к реальности, поскольку цель желания заключается в восстановлении инфантильной либидинозной позиции с ее нетронутым нарциссическим Эго-идеалом». Такое представление Нунберга было основано

на повседневных наблюдениях в клинической практике. Например, обсессивный пациент сознательно надеется получить облегчение от педантичных интеллектуальных размышлений, навязчивостей и придирчивого, критического отношения к другим. Вместе с тем бессознательно он хочет сохранить свое мнение о себе как об образце морального совершенства, которому нет подобных, и ожидает от лечения подтверждения этому. Изначально он бессознательно облачает терапевта в одеяние всевидящего волшебника Мерлина, ощущая себя королем Артуром. Пациент ожидает, что терапия сделает его современным монархом, «здоровой» личностью, человеком, свободным от влечений, не испытывающим никаких фрустраций и непревзойденным мастером в подчинении внешней реальности.

Описывая магическое мышление, Нунберг утверждает:

> «Обсессивный невротик, например, рассматривает психоаналитические правила как магическую формулу, которой он должен неукоснительно следовать. Даже если это не так, психоанализ является священным для большинства пациентов, а аналитический сеанс — часом “молитв”. Каждый пациент совершает некий обряд, который сопутствует анализу» (1928, p. 110).

Этот магический аспект отношений поддерживается до тех пор, пока не устанавливается невроз переноса, и в этот момент перенос «становится носителем желания выздороветь и замещает его [магическое желание]; способствуя при этом решению реальной психоаналитической задачи» (Nunberg, 1928, p. 112).

Успех краткосрочной психотерапии, значительное ослабление симптоматики на ранней стадии лечения и «бегство в здоровье» часто обусловлены действием этого магического аспекта привязанности до появления невроза переноса. Когда невроз переноса выкристаллизовывается, он вызывает фрустрацию инфантильных желаний и загоняет пациента в специфический характерологический тупик. Этот процесс можно наблюдать во всем диагностическом спектре.

Молодой человек спустя несколько месяцев после выхода из психотического состояния описывал, как он воспринимал меня, находясь в кататоническом ступоре. Он был убежден, что у меня в кармане были ключи от розового «Кадиллака» и что я ждал, пока он справится со своими сексуальными и агрессивными импульсами. Он часто стоял молча и неподвижно на кончиках пальцев одной ноги, боясь, что малейшая активность с его стороны вызовет мировой взрыв. Если бы он смог мне доказать, что он абсолютно хороший мальчик, я бы его вознаградил, отдав ему ключи и огромную сумму денег. Будучи сыном священника, этот мужчина, когда находился в скомпенсированном состоянии, вел явно преступную жизнь. Он стремился получить прощение от своего священника-отца, но это прощение должно было найти выражение в инфантильной форме и получить полное одобрение. Позже, когда оказалось, что терапия не предоставляет оправданий его гнева и аморальной жизни, он прекратил лечение.

Время

Временные рамки отношений оказывают огромное влияние на то, в какой форме будут развиваться эти отношения. Когда я лечу из Бостона в Нью-Йорк, я могу просто улыбнуться сидящему рядом человеку. Полет длится только сорок пять минут. С другой стороны, во время полета из Бостона в Сан-Франциско, который продолжается пять-шесть часов, было бы довольно неестественно не завязать с соседом какой-нибудь разговор. Возможность получения одобрения и возникновение переноса усиливают привязанность. Таким образом, изначальная установка терапевта и форма, в которой терапия предлагается пациенту, влияют на привязанность. Свободный и гибкий подход, говорящий о том, что терапия зайдет настолько далеко (или будет настолько плотной), насколько этого хочет и может пациент, создает временные рамки, которые не нарушают, а возможно, даже усиливают привязанность.

Взаимосвязь привязанности, понимания и интеграции

В процессе данного обсуждения мы отмечали, что привязанность уменьшает тревогу. Рациональное мышление, возможное в той степени, в которой пациент контролирует тревогу, может привести к пониманию и интеграции. Болезненное осознание, которое само по себе является основой для дальнейшего понимания, также становится легче переносимым в условиях безопасной привязанности. Аффекты подводят человека ближе к основным тревогам, конфликтам и воспоминаниям. Возрастающая толерантность к аффекту позволяет достичь более глубокой регрессии и клинического переноса, который становится путеводной нитью в запутанном психологическом лабиринте. Как мы увидим в нашем исследовании понимания и интеграции, пациент, обретая ясность и понимание, видит больше оснований — и реалистических, и трансферентных — поддерживать то, что стало продуктивной привязанностью.

Глава 8. Понимание: Мягкий, настойчивый голос разума

Два пути к пониманию

Бертран Рассел, которого цитирует Ричфилд (Richfield, 1954, p. 400), отметил: «Существуют два принципиально разных способа, позволяющих нам познавать вещи... познание через *ознакомление* и познание через *описание*». Ричфилд продолжает: «Знание о субъекте может быть независимым от степени знакомства с этим субъектом» (p. 400). Эта двойная дорога к знаниям очевидна в переживании переноса. Когда описание и ознакомление сливаются, клинический эффект становится чрезвычайно сильным.

> Проницательный пациент, пребывая в муках заново развивающихся чувств переноса, восклицал: «Я не могу поверить, что я вас так боюсь; просто как своего отца! Это совершенно иррационально, и все же я так чувствую. Меня пугает, что вы будете на меня злиться, и такое же чувство у меня было к профессору Райану. Я читал о переносе в *Нью-Йорк Таймс*... похоже, что я в конце концов узнаю, как это в действительности. Сейчас я вижу, что у меня были лишь пустые понятия для всего этого, одни только слова... как кружева... есть форма, но нет содержания».

Этот человек пришел к истине, описанной Фрейдом (Freud, 1912a): «Когда все сказано и сделано, никого невозможно погубить в его отсутствие или в его образе» (p. 108). Или, как гласит старая китайская пословица: «Я слышу — и я забываю. Я вижу — и я помню. Я делаю — и я понимаю».

В терапии ознакомление (аффективный инсайт) может привести к описанию, а описание (вербальный инсайт) — к знакомству. Перенос будет предоставлять сознанию

информацию, которая ассимилируется и, в свою очередь, стимулирует дальнейшее развитие переноса. Оба эти процесса идут рука об руку. Плохо, когда присутствует только один из них.

> «Как правило, врач не может щадить пациента [перенос]... Он должен подвести его к повторному переживанию части его забытой жизни, но, с другой стороны, он должен позаботиться и о том, чтобы пациент сохранял некоторую степень отстраненности, которая позволяет ему, несмотря ни на что, признать: то, что представлялось реальностью, фактически оказывается лишь отражением прошлого» (Freud, 1920a, p. 19).

Последующие комментарии двух пациентов иллюстрируют две разные формы осознания переноса: одну — описательную, другую — через переживание (ознакомление). В каждом случае понимание достигается разными путями.

> «Я изучаю вас так, как физики изучают атом. Они бомбардируют его электронами и по углу отклонения траектории электронов могут определить форму атома. Вы — зеркало, и я ловлю то, что от вас отражается. Если я смогу понять, что на этой поверхности является моими искажениями, то все, что останется, — это вы, и тогда я смогу понять, кто я и кто вы, хотя большая часть вас остается таинственной, поскольку вы в основном остаетесь всегда тем же, постоянным... тогда как у меня существует много изменяющихся искажений».

> «Я много думал о том, что вы сказали о моем отце... как я хотел скрыть мой дефект, который, как мне казалось, он во мне видел... подобно моему желанию привести сюда Джулию, чтобы вы увидели ее и были поражены ее красотой, это было бы сногсшибательно... почти все равно, что сказать: “Смотри-ка, папа! Смотри, что у меня есть... У меня получилось лучше, чем у тебя!” Это многое мне объясняет... вещи, о которых у меня были только смутные чувства... на грани осознания, но никогда прямо в сознании. Вот почему я всегда искал в женщине особые качества... они компенсировали мое ощущение неполноценности, и я чувствовал себя таким же, как другие мужчины».

У этого второго пациента кристаллизация предсознательно знакомых фантазий о его неполноценности по сравнению с отцом, а также их влияние на соперничество со мной расширили и углубили исследование его отношений как с женщинами, так и с мужчинами. Описание и непосредственное переживание усиливают друг друга. Аффективная включенность в перенос создает реалистическое окно, через которое пациент видит прошлое и настоящее.

Раньше мы указывали на то, что часто терапия обрывается на ранней стадии переноса, который скорее проживается, а не понимается. При этом может наступить улучшение, но возникает очень слабое понимание (если оно возникает вообще) исцеляющего влияния переноса, и путь к дальнейшему развитию оказывается закрытым. Элемент понимания, связанный с языком (со словами) служит для оформления и сохранения смыслов, которые часто оказываются похороненными под эмоциональной тяжестью переноса.

Слова и психотерапевтический диалог

В психоаналитической теории подчеркивается, что главным фактором терапевтических изменений является инсайт, достигаемый с помощью интерпретации переноса. В последние годы своей жизни Фрейд утверждал (1937a): «Нам не следует забывать о том, что аналитические отношения основываются на любви к истине, то есть на признании реальности» (р. 248). В своем конечном виде эта реальность находит выражение в словах: в словесном описании, прояснении и интерпретации. Язык играет роль посредника, символического переходного объекта между привязанностью и индивидуирующими, сепарационными факторами интеграции.

Несмотря на то, что техническими средствами передачи сообщения являются слова, любому серьезному практикующему психотерапевту ясно, что очень многое в процессе коммуникации выходит за доступные языку рамки. Возможные формы психотерапевтического диалога можно условно разделить на три группы, приведенные в таблице 8.1.

Таблица 8.1
Психотерапевтический диалог

Слова	*Переходные слова*	*За рамками языка*
Семиотические знаки и сигналы	Слова сновидений в состоянии бодрствования	Жизнь в сновидениях
Наблюдения	Психосоматические вербализации	Микродвижения
Прояснения	вздохи	язык тела
Интерпретация (вербальные мифы)	стоны	Невербализируемый соматический аффект
Инсайт (описательный)	ворчание	автономный
	голосовой ритм	слезы
	Кодовые слова терапевта и пациента	потение
	Слова как объекты	запах тела
	боль	метеоризм
	удовольствие	скелетно-мышечный
	подарки	Процессы интеграции
		Перенос
		Инсайт (через переживание)

Говоря о «вторичном процессе», Фрейд придавал особую важность словам и их способности связывать энергии неуловимого, бессознательного «первичного процесса». Вторичный процесс — это область семиотических знаков и сигналов, язык взаимно согласованных и утвержденных смыслов, связанных с наблюдаемыми фактами или мыслями. Слова придают форму бесформенному бессознательному, а потому несут с собой соблазнительную возможность контролировать и понимать. Или, как сказал один пациент в начале терапии:

> «Я жду, когда можно будет использовать слова. Я очень хорошо владею словами. По сути, именно этим я и зарабатываю на жизнь; я очень хорошо говорю. Знаете, слова несли особый смысл в античные времена, да и теперь в современных культах. Они держались в секрете, ибо человек, знавший имена богов, обладал их властью. Произнося слова, можно было вызвать богов и демонов и держать их под контролем. Знание слова наделяет человека огромной властью».

Это иной способ осмысления демонов первичных процессов и вербальных ярлыков — вторичных процессов.

Изящная словесная метафора, найденная терапевтом, позволяет связать эмоциональную энергию посредством вербальных интерпретаций. Это можно видеть на следующем примере:

> Ко мне на прием пришла женщина спустя несколько лет после окончания ее лечения. На этот раз она рассказала о внезапном и отчаянном приступе смертельного страха, паники и беспричинной депрессии. Она считала, что эти симптомы были вызваны госпитализацией ее мужа, последовавшей в результате незначительного недомогания, однако сама сила ее реакции, казалось, не соответствовала причине. Я напомнил ей об ужасном и длительном умирании в больнице ее матери, отца и бабушки. Палата ее мужа в клинике была наполнена страхом смерти, который передался и ей самой. На следующем сеансе она сказала, что мое простое замечание помогло ей увидеть эту ситуацию в более широкой перспективе. Моя фраза о том, что «палата была наполнена страхом смерти» многократно приходила ей на ум, расшевелив множество воспоминаний, вызвав длительную печаль и скорбь. Все ее симптомы пропали.

Конечно, многолетний опыт психотерапии сыграл определенную роль в том, что пациентка смогла использовать интерпретативный эффект слов. Однако нас все равно восхищает это свойство слов выражать в сжатом виде смыслы, наподобие того, как это делают сновидения, проецируя вовне кладовую прошлого опыта. Это сочетание

«описательного» инсайта и инсайта «через переживание» пациентка приобрела в процессе длительной терапии. Мое замечание достигло правильно названного эмоционального файла (семиотического знака), который, открывшись, повлек за собой необходимое переживание горя и печали.

Переживание печали (о котором мы поговорим позже) включает в себя много элементов, выходящих за границы слова. Существуют элементы, которые можно описать вербально (кто, что, где, когда, как), и наряду с ними имеются телесные элементы, недоступные вербальному описанию: чувственный тон скорбящего человека, слезы, дрожь, мышечные реакции и т. д. Эти элементы говорят и пациенту, и терапевту многое из того, что никогда не достигает уровня вербального описания. Пребывая в состоянии печали, мы, как встретившиеся в лесу двое животных, открыты для того, чтобы без слов понимать язык тела (микродвижений) и чувств.

Понимание и согласие

Использование слов в терапевтических целях, такт, структурирование времени и состояние переноса — все эти факторы крайне важны для появления чувства уверенности, что пациент нас слышит и воспринимает. Такое состояние восприимчивости редко возникает само по себе, без дополнительных усилий.

> «Поскольку степень сопротивления постоянно изменяется в процессе лечения... мы должны убедить себя, что в ходе анализа человек будет бесконечное число раз отбрасывать свою критическую установку и снова к ней возвращаться. Если мы встаем перед необходимостью привнесения в сознание пациента некоторого объема неприятного для него бессознательного материала, он становится чрезвычайно критичным. Возможно, раньше он даже понимал и принимал его по существу, но в данный момент создается такое впечатление, что все, что он принимал, куда-то улетучилось. В своих усилиях противоречить любой ценой он может создавать полное впечат-

ление эмоционального имбецила. Но если мы добьемся успеха, помогая ему преодолеть это новое сопротивление, у него восстановится способность к инсайту и к пониманию. Таким образом, его критическая способность не является независимой функцией, которую можно признать как таковую; она является инструментом его эмоциональных установок и управляется его сопротивлением» (Freud, 1917, p. 293).

Сталкиваясь с этим сопротивлением, мы взываем к рациональному, наблюдающему Эго пациента в соответствии с его трансферентным состоянием. Сопротивление является таким же важным фокусом терапии, как и тот материал, который его вызывает. В сопротивлении мы находим элементы конфликта, встроенные в характер человека. Поэтому постепенно мы вместе с упрямыми пациентами начинаем наблюдать, что очень часто они стремятся сказать «нет» прежде, чем сказать «да». Этот первый этап *наблюдения* (Bibring, 1954) происходит без интерпретаций, без предположений о том, что мы понимаем что-либо, лежащее за наблюдаемым фактом. Действительно, мы не можем продвинуться дальше до тех пор, пока пациент постепенно не увидит то же самое. Когда мы пытаемся обнаружить различные способы говорить «нет» перед тем, как сказать «да», у нас появляется возможность *прояснить* наши первоначальные наблюдения. Они могут подтвердиться в ходе разговоров в офисе, например, в виде упрямства при обговаривании расписания. Или же наши наблюдения могут найти свое отражение в материале из жизни вне приемной (например, сходное упрямство в отношениях с женой). Со временем, когда терапевт и пациент смогут вместе разобраться в важных событиях прошлого пациента и связать их с настоящим, наступает время *интерпретации*: «Вы склонны начинать со слова «нет». Поскольку ваша мать так часто сбивала вас с толку и мешала вам действовать самостоятельно, вы больше не полагаетесь на свое желание кому-то довериться, и это проявляется в вашем взаимодействии со мной и вашей женой».

Интерпретация сразу повышает психологическое доверие. Это не материальный процесс, он происходит

невидимо, бессознательно. В этом отношении он является чисто гипотетическим и нуждается не только в принятии его пациентом, но и в повторных воплощениях в других областях жизни, как в прошлой, так и в настоящей. Это и есть процесс проработки. Наблюдение и прояснение, которые делает терапевт, направлены главным образом на интеллектуальное понимание, близкое к переживанию, тогда как интерпретация относительно далека от переживания. Интерпретация становится близкой переживанию, когда включает в себя прошлое, настоящее и непосредственные их проявления в переносе. Например: «Вы сейчас испытываете острое желание выбежать из кабинета и тем самым заставить меня почувствовать вину и позаботиться о вас. Точно так же вы убегали от вашей матери и так же уходите из дома, когда чувствуете, что уступаете вашей жене».

Иногда терапевт или пациент дают интерпретации, которые не затрагивают значительной части бессознательного материала, но при этом остаются близкими к переживанию. Эта близость облегчает пациенту принятие интерпретаций. Хотя такие комментарии касаются неосознаваемого материала лишь в гипотетической форме, они более похожи на наблюдения, поскольку пациент понимает их содержание.

> В начале терапии молодому человеку приснилось, что у него на левом колене появился треугольник. Треугольник превратился во влагалище, тогда как его правая рука превратилась в пенис и стала проникать во влагалище. Пациент рассказывал этот сон со смехом и сказал: «Я чувствую, словно, начиная эту терапию, я сам себя трахаю!» Это замечание послужило началом дискуссии о его осознанных тревогах, связанных с терапией.

> Через несколько месяцев после начала терапии женщине приснился страшный сон о том, как она сидит на своей кровати, стоящей прямо на улице, а кран поднимает боковые стены и фундамент ее дома. Я предположил, что она чувствует, как я подрываю ее защиты, и боится, что у нее еще не появилось адекватной психологической замены. После моих слов она стала рассказывать о своих страхах, связанных с недавними изменениями ее лич-

ности. Эти страхи были в значительной мере осознанны и доступны для работы с ними.

Слова как объекты

Пациент, имевший архаическую склонность относиться к словам как к именам богов и демонов, предупредил меня, что эта сила может легко обернуться против него самого. Он заметил, что пользуется словами как своего рода самогипнозом. Чтобы создать целостную систему, объясняющую отсутствие у него интереса к внутренней жизни, он часто использовал интеллектуализацию и сверхлогическое мышление. Он сказал, что должен был предупредить меня заранее о том, что в психотерапевтическом диалоге слова могут оказаться обоюдоострым мечом. Здесь он имел в виду «переходные слова»: слова как объекты, используемые в целях защиты или переноса. В таких случаях мы не можем ориентироваться только на основной смысл слов. Они часто употребляются в более широком контексте.

> Ко мне на прием пришел пациент с явными признаками навязчивого невроза, врач по профессии. Он жаловался на состояние унылости, усталости и мировой печали. Было очевидно, что он запутался в своих чувствах, связанных с психологически изжившим себя браком и семейной жизнью. Он часто начинал сеансы с робкого поднятия руки и просил меня ничего не говорить, а только слушать. И тогда он очень красноречиво, подробно, используя сравнения, метафоры и анекдоты, выплескивал на меня свою скорбную повесть. Временами он тоскливо и понимающе улыбался, словно хотел сказать: «Я знаю, доктор Роут, что сильно вас обременяю. Пожалуйста, разделите этот груз со мной». И я всегда это делал. Он покидал кабинет со слабой, тактичной и благодарной улыбкой и привычно опущенными плечами, еле слышно бормоча: «Спасибо».

В работе с этим пациентом главная задача была не в области вербального понимания, хотя я и отмечал

употребляемые им слова и смысл, который они в себе несли. Задача состояла в создании безопасного и надежного психологического контейнера для переполняющей его тревожной беспомощности и печали, то есть «заботливого окружения», где бы он мог разделить со мной ношу, готовую раздавить его. Слова — это объекты, частицы боли; и основным смыслом этого психотерапевтического диалога была его просьба нести их вместе с ним.

Слова в сновидениях и семейные кодовые слова

Главным механизмом сновидения является процесс сгущения, концентрации множества значений в одном символе. В процессе анализа символ раскрывается совершенно неожиданным образом. В психотерапии роль такого конденсата выполняют некоторые слова. Часто это случается непроизвольно, но тем не менее они становятся значимыми для пациента.

Например, я заметил пациенту, что в семье довольно «несерьезно» относились к его детским болезням. Слово «несерьезно» постепенно все более конкретизировалось. Его отношение к сестре было несерьезным и показывало, что он не испытывал к ней теплых чувств, вел себя, словно мачо, никогда не чувствуя волнения. «Несерьезно» он принял сторону матери против своего отца, который был кем угодно, только не легкомысленным человеком. Быть более серьезным означало сближение с отцом, к которому он стремился, но это стремление отдаляло его от матери и приводило к поражению в эдиповой борьбе за ее благосклонность. «Несерьезно» означало одну сторону его отношения к работе, а «серьезно» — другую, которая воплощала отношение к работе его братьев.

Слово «несерьезно» выполняло приблизительно такую же роль, которую выполняют сгущенные символы в первичных процессах работы сновидения. Оно было подобием стрелки на путях узловой станции, от которой поезд Эго может направиться в разных направлениях. Такие кодовые слова накапливаются и создают особый словарь терапевта и пациента. Никакой отдельно взятый терапевтический сеанс не сможет объяснить стороннему на-

блюдателю все возможные скрытые значения простых слов, главный смысл которых знают только участники терапевтического диалога.

В эссе под названием «Новые слова» Джордж Оруэлл рассуждает об использовании слов для понимания «внутренней жизни». Он говорит о недостатках слов в описании и объяснении внутренних переживаний, таких же сложных и ускользающих, как переживания в сновидениях. Великие писатели обходят эту проблему, создавая ощущение «внутренней жизни» с помощью самых разных литературных приемов, то есть разрешая проблему обходными путями. Оруэлл предложил создавать новые слова для описания внутренней жизни, но эта идея показалась непрактичной, поскольку такой словарь может быть создан только на основе общих, сходных переживаний. Оруэлл цитирует Сэмюэля Батлера: «Лучшее искусство [то есть самая совершенная мысль в переносе] должно передаваться переживанием от одного человека к другому» (p. 12). Оруэлл считал, что наилучшей моделью для создания новых слов является семья.

> «В каждой большой семье есть несколько слов, характерных именно для нее,— слов, которые были в ней созданы и обладают смыслом, который нельзя найти в словаре. Так, например, кто-то из членов семьи говорит: господин Смит — это такой-то человек, используя некоторые самодельные слова, и другие прекрасно это понимают. Именно общий опыт и общее восприятие позволяют семье изобретать такие слова. Конечно же, без этого общего восприятия слова не будут иметь смысла. Если вы у меня спрашиваете: “На что похож запах бергамота?” — я отвечаю: “В чем-то похож на запах вербены”, и, поскольку вы знаете запах вербены, вы немного приблизитесь к моему пониманию. Таким образом, метод изобретения слов — это метод аналогии, основанный на безошибочном общем знании» (1940, p. 9).

Коммуникативный процесс, характерный для длительной интенсивной психотерапии, очень похож на описанный Оруэллом процесс создания внутрисемейного языка. Значение определяется общим восприятием:

интеллектуальным, эмоциональным, физическим и связанным с символическими образами и временем. Чтобы добиться этой общности языка, требуется очень много времени, так как этот процесс протекает медленно и понимание возникает постепенно. Понимание может оказаться «завязанным» на слове, фразе, звуке или эмоции, которые воспроизводились многократно, разными способами с едва различающимся смыслом. Двое людей находятся в процессе изучения языка, который в зависимости от уровня осознания является иностранным для одного из них или для обоих.

За границами словесных значений

В психотерапии происходят значимые трансферентные взаимодействия, слова для которых создаются не сразу, а некие элементы которых, возможно, никогда не поднимутся до вербального уровня. Многие элементы довербального, доэдипова переноса в процессе лечения скорее просто теоретизируются, чем концептуализируются в вербальной форме. Другие элементы оказываются ближе к открытому выражению, хотя преимущественно на невербальном уровне. Так, например, Питер Блос (Blos, 1984), рассуждая об отношениях отцов и детей, сказал:

> «Остаточное переживание доэдиповой привязанности сына к отцу по истечении подросткового возраста практически сходит на нет под воздействием сильного вытеснения. Это детское переживание, выходя на поверхность в процессе анализа, обычно не находит точных слов для своего выражения. Оно выражается скорее через аффективно-моторные каналы, такие, как не поддающиеся контролю слезы и рыдания, в то время как пациент испытывает муки от переполняющего его чувства любви и потери диадического отца. Мужчина в возрасте около шестидесяти лет в такой момент воскликнул, весь в слезах: “Почему я так любил своего отца, в конце концов у меня же была мать!”» (p. 318).

Похожим образом один из моих пациентов, мужчина, которому было уже под сорок, взял своих сыновей на вы-

ставку бой-скаутов. Когда он стал рассказывать мне о скаут-мастерах и скаутах, он внезапно и неожиданно для самого себя вдруг разразился рыданиями. Обычно он себя хорошо контролировал, был обсессивным и крайне рациональным человеком. Ему вспомнился его собственный бой-скаутский возраст и отношения с отцом; это были вытесненные и подавленные воспоминания. Ему в голову пришла мысль. Возможно, его отец, ригидный и не проявляющий внешних эмоций человек, который никогда не демонстрировал ему своей любви, нашел возможность показать эту любовь через поступки. Пациент говорил: «В процессе терапии я почувствовал, как словно из-под земли возникло все плохое, весь ужас... Я не представлял себе, что там была и любовь... стало значительно больнее, но в то же время и приятно, и я не понимаю своих чувств... но вместе с тем я вижу, что они все-таки есть».

Говоря о пациентах с серьезными расстройствами, проблемы которых выходят за рамки невротического конфликта, Балинт (Balint, 1968) подчеркивал, что регрессивный перенос сдвигается на такой уровень, где переживание пациента нельзя описать вербально. Этот уровень он назвал «базовым дефектом». Он выступает против немедленного «структурирования» этого материала. Вместо этого он предлагает дать пациенту возможность его пережить, а затем уже пытаться оформить возникшее переживание в словах и интерпретациях.

> «Цель заключается в том, что пациент должен найти себя, принять себя и быть с собой в ладу, зная при этом, что у него есть шрам, базовый дефект, который нельзя "ликвидировать" путем анализа. Более того, ему следует дать возможность открыть свой собственный путь к миру объектов, а не показывать ему "правильный", давая какую-нибудь глубинную или правильную интерпретацию... Кроме того, чтобы служить для пациента объектом, "признающим потребности" и, возможно, даже "удовлетворяющим потребности", аналитик должен быть также объектом, «понимающим потребности» и способным при этом донести свое понимание пациенту» (p. 180–181).

В данном случае особое впечатление производит то, что Балинт, чьей сильной стороной являлась способность переносить состояния глубочайшей регрессии, отнюдь не ратует за эмоционально-коррекционную работу с пациентом. Недостаточно просто выдерживать перенос и обеспечивать для пациента обстановку заботы и принятия. Для того чтобы пациент смог получить от этого пользу, необходима вербальная организация переживаний.

Возьмем, например, пациента с сепарационными тревогами и большой чувствительностью к потерям. После многих лет лечения стало ясно, что такая ранимость прочно основывается на постоянно присутствующем и не уменьшающемся чувстве безымянного ужаса. После того как были исследованы всевозможные обстоятельства, где такая чувствительность приводила к иррациональному уходу в себя или шизоидному поведению, мы с пациентом очертили область его уязвимости. Я назвал ее «психологической травмой колена». Человек с поврежденным коленом может совершать разные движения, однако некоторые из них ему следует делать аккуратно, соблюдая необходимые меры предосторожности, а ряд движений нельзя совершать ни при каких обстоятельствах. Осознание рамок существующих возможностей наряду с пониманием их источника и причин, а также с ощущением безопасности, появившимся в ходе нашего совместного исследования, позволили пациенту войти в соприкосновение с теми сторонами жизни, которых он раньше избегал. Однако без такого вербализованного понимания пациент сохранил бы свою уязвимость перед лицом непонятного, безымянного и, что хуже всего, непредсказуемого ужаса. Понимание на вербальном уровне важно, даже если работа происходит в невербализуемой сфере.

Когнитивные стили и чувство реальности

Гартманн (Hartmann, 1964) создал концептуальные инструменты для определения тех бесконфликтных областей Эго, которые участвуют в инсайте. Нельзя сказать, что наши знания и способы познания целиком определяются природой наших конфликтов, защит и вытеснения. В ос-

новном наш стиль познания зависит от врожденного интеллекта и когнитивных способностей.

Интеллект — это сложная совокупность умственных способностей, и люди могут различаться по тому, какими из этих способностей они обладают. Мы замечаем, как некоторые пациенты чрезвычайно быстро продвигаются в своем интуитивном самопознании, улавливая эмоциональные паттерны. Другие пациенты могут медленно и упорно собирать данные и гипотезы до тех пор, пока им не станут совершенно понятны силы, оказывающие на них решающее воздействие. Работая со сновидениями, отдельные пациенты совершенно не воспринимают их содержание, зато очень остро осознают дневные остатки, стимулировавшие этот сон. Другие пациенты удивительно глубоко проникают в содержание сновидений. Блестящие лингвистические способности часто приходят им на помощь в раскрытии метафорического смысла сновидения. Им понятны замысловатая игра слов и каламбуры, присущие сновидениям. Другие пациенты слепы к метафорам, но очень точно ощущают эмоциональную подоплеку сновидения. Разные стили мышления приводят к разным путям получения инсайта. Терапевт должен учитывать различие когнитивных стилей. Каждый пациент должен быть свободен в выборе своего собственного пути, и совершенно не следует указывать один-единственный путь, ведущий в Рим.

Однако когнитивных способностей может быть явно недостаточно, чтобы сохранить чувство реальности перед лицом неразрешенного конфликта. Проверка реальности и чувство реальности — это проблема не только психотиков и пограничных личностей. Когда значимые в раннем детстве люди признают факты и достижения в жизни ребенка, они тем самым ставят на них печать реальности. Человек чувствует реальность своих достижений, если их принимают всерьез важные и любимые им люди.

> Молодая и талантливая женщина всегда чувствовала, что ее успехи в школе и колледже были посредственными и незначительными. В процессе терапии ее постоянно одолевали сомнения относительно ценности ее неординарных академических и профессиональных достижений.

Она очень удивилась и пришла в замешательство, услышав, что я считаю ее достижения замечательными. Стало очевидно, что она не могла признать свою одаренность и талант, пока я ей прямо об этом не сказал. Такое признание наложило печать одобрения и создало чувство того, что это действительно существует и реалистически воспринимается человеком, находящимся вне области ее личной фантазии. Чрезмерная важность, которую она придала моей оценке, пробудила потребность в признаниях, которых она никогда не получала от своей матери. Ее мать отдавала предпочтение ее увлекавшемуся спортом брату и менее интеллектуально одаренной сестре и постоянно игнорировала все, чего добивалась моя пациентка. Используя обретенное в переносе понимание, она начала внутреннюю борьбу интеллектуального понимания реальности с отложенным аффективным ее пониманием. Бессознательно она по-прежнему ожидала материнского восхищения ее достижениями и их одобрения. Такой инсайт не привел к разрешению ее проблемы, но поставил перед ней сознательную задачу. Эта борьба требовала дальнейшей проработки.

Установление равновесия между пониманием и неоформленным переживанием

Хотя мы делаем акцент на важности рационального понимания событий, полезно (и реалистично) напомнить, что и пациенту, и психотерапевту необходимо также, чтобы терапия оставляла возможности и для развития иррациональных (бессознательных) переживаний. Мы очень надеемся на то, что пациент будет воздерживаться от оценок и суждений и позволит выйти на поверхность иррациональным желаниям, фантазиям и мыслям. Таким образом, он колеблется между регрессивными состояниями и стремлением к самонаблюдению и высказыванию суждений. Каждый пациент находит для себя приемлемую степень такого колебания и оптимальное равновесие между этими полюсами. Задача терапевта также не сводится к простому словесному формулированию. Терапевт дол-

жен «отдаться на волю своей собственной бессознательной умственной деятельности и пребывать в состоянии равномерно распределенного внимания... и таким образом улавливать различные движения бессознательного пациента» (Freud, 1922, p. 239). Фрейд предостерегал против исключительного увлечения интеллектуальными формулировками в терапевтическом процессе:

> «Неправильно, когда клинический случай начинает подвергаться научной обработке еще до того, как закончится лечение, когда заранее описывается его структура, прогнозируется его дальнейшая динамика и периодически дается картина его текущего состояния. Те случаи, в которых изначально усматривались научные задачи и лечение которых строилось соответствующим образом, обычно не заканчивались успехом; наилучшие же результаты достигаются там, где позволяешь процессу идти как бы своим ходом, без следования какой-то конкретной цели, когда удивляешься каждому повороту в ходе лечения и встречаешь все перипетии лечения незашоренным взором, свободным от всяких предубежденностей» (Freud, 1912, p. 14).

Ясно, что не существует никаких заранее заготовленных рецептов, как проводить терапию. Процесс терапии может развиваться очень по-разному в зависимости от многих обстоятельств, включая характер и способности терапевта и пациента, а также суть клинической проблемы, с которой приходится сталкиваться. Ференци, один из ведущих терапевтов начала XX века, наиболее емко и сжато выразил сущность этого процесса:

> «Постепенно становится ясно, насколько сложна психическая работа аналитика. Он должен пропустить свободные ассоциации пациента через себя; вместе с тем он может позволить своей фантазии поиграть с этим ассоциативным материалом; иногда он сравнивает новые появляющиеся связи с прежними результатами анализа, даже на мгновение не оставляя без учета и критики собственные субъективные установки.
>
> Формально можно, пожалуй, говорить о постоянном чередовании вчувствования, самонаблюдения и вынесения

суждений. Время от времени последнее проявляется совершенно спонтанно в форме сигнала, который, разумеется, вначале оценивается просто как таковой; и только на основе последующих доказательств можно решиться наконец на интерпретацию» (1928, p. 96).

Описание Ференци переходов между основными состояниями терапевтического познания — эмпатией, наблюдением и суждениями, ведущими к интерпретации,— отражает интегративный подход к терапевтическому процессу, а значит, позволяет перейти к следующей обсуждаемой нами теме — интеграции. Непрерывный, продолжающийся процесс понимания приводит к интеграции.

Чтобы подвести краткий итог этой главы, посвященной пониманию и всем препятствиям и вызовам со стороны бессознательного, которые оно встречает у себя на пути, я хочу обратиться к творчеству писателя Итало Кальвино:

«Только определенная прозаическая основательность может породить творчество. Фантазия – как варенье. Вы должны намазать ее на толстый кусок хлеба. Если этого не сделать, она останется бесформенной, как варенье, и вам не удастся ничего из нее извлечь» (Vidal, 1985, p. 3–10).

Глава 9. Интеграция и роль печали

Завершение терапии начинается с первой интерпретации

В терапии — как в жизни. Сначала возникает привязанность, основанная на любви и зависимости. Затем приходит понимание того, что удовольствие и боль являются неотъемлемыми компонентами этих отношений. Если в жизни мы в конце концов теряем родителей, то в терапии — терапевта. По иронии судьбы люди обращаются к психотерапевту из-за потери любви, воображаемой или реальной, но и сам процесс лечения несет в себе потерю. Справиться с болью прошлого возможно, если справиться с болью в настоящем. Это и есть перенос.

Рост и развитие личности человека всегда сопровождаются множеством конфликтов, порождающих переживания грусти. Рождение желанного ребенка означает прекращение особого состояния беременности. Женщина, которая находится в гармонии с собой, обычно ощущает грусть от разрыва симбиотической связи, когда подходит к концу состояние единения в паре. Неспособность признать, перенести эту потерю и найти ей место вносит свой вклад в послеродовую депрессию. Например, конфликты, связанные с ранними состояниями зависимости, при амбивалентности матери будут затруднять получение удовольствия от состояния беременности и могут привести женщину к послеродовой депрессии. Бессознательное стремление к любовным отношениям со своей матерью, воспроизводимое в чувстве любви по отношению к неродившемуся ребенку, требует своего удовлетворения. Нельзя перейти на следующую стадию развития без должного переживания печали по отношению к прошедшей стадии.

Каждый шаг в развитии вызывает некоторую грусть, которую необходимо признать, пережить и найти ей место

в душе. Начинающий ходить малыш часто испытывает потребность вернуться к матери для «эмоциональной подпитки». Покидая детский сад, заканчивая школу, вступая в брак и создавая семью, все мы проходим через потери любимых людей и любимых мест. Люди часто плачут на свадьбах и тогда, когда они очень счастливы.

Все лучшее, что предлагает терапия, взято из повседневной жизни. Постоянный фон трансферентно ориентированной терапии составляют различные компоненты нормального процесса горевания. Многие неадекватные защиты направлены на избегание переживания горя и печали и часто приводят к замещению этого чувства депрессией. Депрессия является защитой от печали.

По выражению Э. Бибринга, простое отреагирование — это одноактная терапия. Редко бывает так, что один всплеск печали может расчистить все хитросплетения давнишних характерологических установок и чувств. Тема печали и горя может быть встроена в отношения со многими людьми, складывающиеся в разные периоды жизни пациента. На интеграцию последствий этого ряда грустных переживаний в процессе терапии потребуется много времени. Результат интеграции часто неизвестен ни терапевту, ни пациенту. Рассмотрим замечания одного пациента после нескольких лет психотерапии:

> «Когда я впервые несколько лет тому назад пришел к вам на прием, у меня не высыхали слезы, я много плакал и совершенно не понимал, почему я плачу. Наверное, это было как-то связано с потерей моей жены, Марии, но была еще какая-то более глубокая грусть. Мне понадобились годы, чтобы понять, что это было связано с вами... вы... блестящий, образованный и понимающий мужчина, который слушал меня. Вы были столь непохожи на моего отца, что я не мог вынести свои чувства. Я перестал об этом думать много лет назад, стал жестким и избегал всякой зависимости. Я не хотел признать, что все еще люблю его, все еще хочу, чтобы он или вы были тем отцом, которого я хотел... затем я испытал всю гамму связанных с вами сыновних чувств ... и снова вернулись связанные с ним грусть и горечь... Теперь, имея этот опыт

общения с вами, я понимаю, что могу достичь многого, чего хотел... но грусть по отношению к нему по-прежнему остается ... в жизни не бывает такого периода, когда эти чувства не находятся в конфликте».

Этот краткий монолог сообщает нам о том, что понимание концентрировалось на различных элементах привязанности, но постоянным стержнем были печаль и грусть. Так возникает интеграция, которая становится частью души, а не какой-то заплаткой на месте истерзанного муками звена личности.

Защиты от печали

В процессе работы с невротическими пациентами, например, такими, как мужчина, о котором только что шла речь, главные темы печали и горевания возникают далеко не сразу. Симптомы и проблемы, которые приводят пациента к терапевту, могут быть, на первый взгляд, далекими от печали и защит против этого аффекта. Боязнь лифтов и толпы, невозможность выбрать между карьерой бизнесмена и юриста — все это может показаться весьма далеким от печали. Однако у пациентов, страдающих более серьезными расстройствами, первичные клинические проблемы сразу же ставят процесс переживания печали в центр терапии или же быстро возвещают о его наличии через сны и фантазии.

Молодой человек бросил занятия в колледже на первом году обучения. Он стал замкнутым и безразличным. Все прежде увлекавшие его интеллектуальные и спортивные занятия перестали его интересовать. Родители направили его к терапевту, и он стал посещать меня три раза в неделю. Множество сеансов проходило в молчании. Он курил, задавал саркастические вопросы, с вызовом выслушивал мои ответы и соблюдал таинственную, осуждающую и отстраненную позицию. Вместе с тем он продолжал регулярно приходить.

Постепенно из деталей и фрагментов у меня возникло впечатление, что он воспринимает меня, как своих родителей: ему казалось, что меня не затрагивают его чувства,

поскольку я поглощен своими нарциссическими потребностями и нахожусь во власти низменных буржуазных интересов. Успешная терапия стала бы еще одним бриллиантом в моей психотерапевтической короне, так же как его блестящие успехи в учебе должны были потешить родительские чувства его матери и отца. Я постарался передать ему мои мысли по этому поводу, делая время от времени небольшие комментарии. Он продолжал пребывать в таинственном и скептическом состоянии, но тем не менее приходил регулярно.

Его сарказм и тревожная напряженность стали усиливаться после выходных дней и праздников. Наконец, я сделал довольно мягкую интерпретацию его страха, объяснив его тем, что я будто бы о нем забываю, как только мы расстаемся. Я добавил также, что, бессознательно сравнивая меня со своим отцом, он боялся, что я не приду на следующий сеанс (его отец был дипломатом, часто отсутствовал дома и нередко в последний момент сообщал о невозможности вернуться домой из командировки). Во время сеанса, последовавшего за этой интерпретацией, он рассказал сон, состоящий из двух частей. Он находится в отделении таможни нью-йоркского аэропорта. Там же он видит своего отца, но он не может сказать точно, здоровается он или прощается, уезжает или возвращается. Он чувствует тревогу, а затем оказывается в больничной палате. Он лежит на больничной койке и с ужасом наблюдает, что его тело становится все меньше и меньше, а сам он — все младше и младше. Наконец, он превращается в младенца и видит, что исчезает в огромном белом пространстве больничной стены. Вокруг нет никого, кто мог бы ему помочь.

В этом горестном излиянии обнаружились все темы, связанные с его поиском признания и в то же самое время страхом быть отвергнутым. Сон позволил нам выразить эти страхи в визуальной и метафорической форме в виде не только моих, а его собственных идей. Позже он рассказал, что этот сон был вариантом его повторяющегося детского сна. Эти темы присутствовали в процессе всего лечения, продолжавшегося почти восемь лет. Они углублялись, поскольку были связаны с неуклонно возраста-

ющими трансферентными чувствами, актуальными жизненными проблемами и воспоминаниями прошлого.

Постоянным фоном терапии была его жажда близости и одновременный страх быть покинутым. Какой бы другой конфликт или другая защита ни составляли предмет нашего обсуждения, эта внутренняя тревога присутствовала все время. Хотя процесс завершения терапии начался с первой интерпретации, процесс излечения, без сомнения, пошел уже с того момента, когда пациент набрал номер моего телефона.

Безразличие и ощущение опустошенности, которые испытывал этот пациент, возникли вследствие его депрессивной защиты от переживания горя и печали. Он растворялся в небытии без психологического присутствия в его личности любимых людей.

Если в процессе переживания печали человек позволяет выйти на первый план своей тоске и любви к потерянным объектам, то они становятся частью его личности. Процесс переживания печали является основным источником идентификации, или, как заключил Фрейд в своей работе «Печаль и меланхолия», «на Я падает тень объекта» (Freud, 1917, p. 249). Когда этот молодой человек смог осознать, что он хотел получить от меня, в нем вновь всколыхнулось все то, что он хотел получить от своих отца и матери (а также от остальных значимых для него людей). Так, например, признание своего восхищения отцовской политической деятельностью и его пониманием истории позволило пациенту по достоинству оценить свои собственные интеллектуальные качества. Депрессию часто можно уподобить соломе, скрывающей в себе пшеничные зерна.

Защита от идентификации с любимым образом является частью ослабляющей человека депрессии. Из страха превратиться в шизоидного отца или в дезорганизованную нарциссическую мать пациент тормозит свое личностное развитие до полной стагнации. Лучше быть ничем, чем тем или иным воплощением столь ужасных качеств. Сфокусированное внимание терапевта пробудило в пациенте глубоко захороненное желание иметь хороших мать и отца.

Именно постоянное переживание печали в процессе терапии придает особую важность наличию у пациента базового доверия и по отношению к себе, и по отношению к терапевту. У невротических пациентов базовое доверие существует изначально. С пациентами, страдающими более серьезными расстройствами, требуется постоянно поддерживать необходимый уровень базового доверия.

Пациентка с умеренно выраженными паранойяльными чертами после смерти матери стала замкнутой и подозрительной. Это были именно те материнские качества, которые пугали ее больше всего. Пациентка не отдавала себе отчета в этом сходстве, но в то же время она не проявляла заметных признаков печали и горя. Когда я указал ей, как люди обычно реагируют на «юбилейные» даты, ее отстраненность, замкнутость и подозрительность весьма усилились. Вместо непосредственной реакции на потерю в форме переживания печали и горя, беспомощности и стремления к воссоединению с ушедшим любимым человеком она сохраняла связь с матерью через идентификацию с ней. Для нее это было безопасно; ей не требовалось признавать свою преданность. Со временем я постепенно смог показать ей, насколько сильно она любила мать. По многим причинам ее любовь всегда оставалась подавленной.

Первые стадии процесса переживания печали вызывают панику. Человек испытывает ужас и реальность огромной потери, беспомощность перед лицом того, что уже нельзя изменить. У ранимых людей горе порождает чувство ужасающего одиночества. Они боятся испытать безразличие к покидаемому (в своих фантазиях) человеку или даже к его смерти, поскольку хотят быть к нему как можно ближе. Под грузом такого напряжения невротичные пациенты становятся более невротичными, а психотики становятся более психотическими. «Лучше черт, которого мы знаем, чем тот, который нам неизвестен».

Печаль сближает человека с потерянным объектом, и эта близость порождает ощущение идентичности.

Когда пациентка чувствовала свою близость с матерью, она боялась, что у нее есть все те ужасные материнские черты, от которых она всю жизнь старалась себя оградить. В такие моменты она чувствовала, что я пытаюсь свести ее с ума, как это делала ее мать. Все мои попытки указать на ее любовь и на схожесть с матерью вызывали у нее чувство ужаса. Необходима была постоянная проверка реальности, чтобы помочь ей различить, кто есть она, а кто — ее мать. *Похожий* не означает *тождественный*. В течение этого периода и на протяжении еще многих лет между нами возникло базовое доверие, поддерживающее ее попытки совладать со своими чувствами, которое привело ее к новому взгляду на старые конфликты. Как только она хотя бы отчасти признала свою любовь к матери, освобожденную от отягчающего страха превратиться в нее, психотическая симптоматика исчезла.

Печаль не тот процесс, который можно изжить во время терапии раз и навсегда. Болезненная и трудная работа горя продолжается и далее в ранимом и чувствительном Эго. Эти переживания не всегда переполняют пациента столь сильно, как раньше, они могут появляться в определенные памятные дни (так называемая «юбилейная» реакция) или в связи с волнующими событиями. В таких случаях человек может проявлять необъяснимую раздражительность, рассеянность или аффективные реакции, защищающие его от скрытой в глубине грусти. Когда памятная дата становится объектом внимания скорбящего человека, такие реакции часто растворяются в остаточных переживаниях горя и печали. В современном обществе, переставшем уделять внимание религиозным ритуалам, лихорадочная, заполненная делами повседневная жизнь маскирует тиканье наших бессознательных часов. Поминальные церковные службы или зажигание свечей по усопшим можно считать неотъемлемыми формами профилактической медицины. Религиозный ритуал создает необходимую структуру для выражения горя.

Потери в процессе ежедневной психотерапии

Ранее я подчеркивал длительность процесса переживания горя, однако это переживание остается постоянным фоном для повседневного терапевтического процесса. Каждый раз, когда какая-то фантазия или характерный поступок человека подвергается исследованию и реалистическому анализу, это ведет к отказу от удобного и привычного способа поведения и отношения к окружающему миру. Молодой адвокат в конце каждого сеанса тепло улыбался в дверях и говорил: «Берегите себя». Когда стало понятно, что за этими словами скрываются его менее благородные чувства по отношению ко мне, а также глубинное желание, чтобы я действительно позаботился о нем, тогда использование такой формы прощания стало невозможным. Она оказалась слишком связана с сепарационной тревогой, вызывавшей у него злость в конце сеанса, а также с более давней злостью по отношению к пренебрегавшим им родителям. Отчасти его роль защитника в суде была защитой от страхов (и желания) быть таким, как его родители. Отказ от роли идеального защитника повлек за собой потерю множества ложных фантазий, а также вызвал страх потерять все свои добродетели. Есть много грусти и печали в расставании с чертами характера, которые человек всю свою жизнь относил к добродетелям; они были его старыми друзьями.

Однажды я спросил наивную молодую девушку, у которой существовала бредовая идея, что ее преследуют триста учащихся из ее школы: «Как вы думаете, почему это так?» Она моментально ответила: «Когда человек так одинок, как я, то совсем не так плохо иметь вокруг себя столько людей!» Когда у девушки возникла компенсация и образы этих людей исчезли, у нее развилась очень глубокая депрессия. Так часто бывает, что после острых психотических реакций, когда симптомы пропадают, пациенты оказываются в депрессии. У них возникает депрессия в связи с потерей тех чувств, которые прежде сводили их с ума (Roth, 1970). Действительно, процесс компенсации психоза вкратце можно определить как появление способности переносить аффекты грусти и печали. Из этой формулировки вытекает техническое опреде-

ление данной стадии лечения психозов: начало и завершение процесса переживания печали. Именно здесь процесс лечения психотических и психопатологических пациентов часто терпит крушение. У таких пациентов процесс переживания горя и печали обычно растягивается на долгие годы и для многих из них остается незаконченным. Мы вернемся к этой важной теме в главе, посвященной стадиям лечения.

Некоторые теоретические аспекты интеграции

Теперь мы подходим к другому бесконечному ряду психологических парадоксов. В результате переживания ужасной боли и печали человек обнаруживает высочайшее удовольствие — импульсы любви. Эрос является другой стороной интегративной сущности процесса переживания печали и горя.

Рассматривая процесс интеграции личности в процессе терапии, Семрад (Semrad, 1966) придавал большое значение фактору «любви» и «эроса». Он считал, что именно этот фактор прежде всего отвечает за происходящие с пациентом изменения и, возможно, лежит в основе кардинальных сдвигов в его личности. В сущности, если вспомнить, такой же была и точка зрения Фрейда. Без трансферентной любви у пациента не хватило бы мотивации выдержать все превратности аналитического исследования. На этот элемент мотивации к изменениям мы обращали повышенное внимание в большинстве предшествующих глав. Семрад рассматривает ненависть во всех ее формах в качестве главной дезинтегрирующей и разрушающей Эго силы.

Любовь нейтрализует агрессию и сводит на нет ее дезинтегрирующее и регрессивное воздействие. В терапии она становится интегрированной и проработанной через трансферентную любовь к терапевту. В ходе клинических интервью, проводимых в учебных целях, Семрад мог пробуждать потерянную любовь — обретенную, фрустрированную или воображаемую, какой бы слабой она ни была, в любом, казалось бы, «перегоревшем» пациенте. Такой внезапный расцвет сложных и ярких эмоций, хорошо интегрированных

и связанных с рассказываемой историей, всегда затрагивал чувства студентов-наблюдателей. На их глазах пациент всякий раз становился понимающим и восприимчивым человеком. Мобилизованная энергия угасшей любви производила эффект интегративного исцеления.

Не замечая таких сдвигов у пациентов, находящихся в состоянии сильной регрессии, можно согласиться, что даже если импульсы любви и существовали, то они были слабыми, неопределенными и искаженными. Любовные отношения таких пациентов часто низводятся до уровней, которые можно описать как оральные, анакликтические, примитивные, замещающие материнскую грудь и другие редуктивные упрощения. Семрад всегда придерживался другого взгляда: «Любовь есть любовь, какой бы ее срез мы ни взяли. Чуть-чуть любви — это так же, как быть чуть-чуть беременной» (1980, p. 33).

Нунберг, следуя более ранней психоаналитической модели, также концентрировал свое внимание на эросе, описывая «синтетическую функцию Эго». Эрос делает Эго посредником между Ид, Супер-Эго и внешней реальностью. Нунберг (Nunberg, 1931) утверждает: «Поскольку Эго порождено Ид, то, вероятно, именно из этого источника (эроса) оно получает свою связующую и продуктивную энергию» (p. 122).

Молчаливая интеграция

Интегрирующие факторы часто «молчаливы», ибо представляют собой процессы, которые легче объяснить, чем понять. Когда утрачивается способность к интеграции, то становится очевидной ее важность в повседневной жизни. Например, у пациентов с органическими повреждениями мозга потеря памяти о недавних событиях и нарушение абстрактного мышления приводят к спутанности сознания, к ужасной тревоге, а также обеднению интеллектуальной и эмоциональной сфер. Точно так же обсессивные пациенты с массивными защитами интеллектуализации и изоляции отделяют мысли от аффектов, что препятствует процессу интеграции опыта. Такие пациенты ощущают тревожную сумятицу в отношении своих мотивов и амби-

валентных чувств и часто жалуются на опустошающую скуку (Asch, 1982). Для нормального функционирования необходим синтез.

Ниже в хронологическом порядке приведены высказывания Фрейда во вопросу интеграции:

> 1895: «Я описывал свое лечение как психотерапевтические операции, и я привнес сюда аналогию вскрытия гнойника, очищения зараженной области и т. п. Такая аналогия находит свое подтверждение не только в устранении патологии, но и в определении оптимальных условий, необходимых для направления процесса к выздоровлению и исцелению пациента» (Breuer and Freud 1893–1895, p. 305).
>
> 1912: «Следует постоянно иметь в виду, что многие заболевают именно от попытки сублимировать свои влечения сверх того уровня, который недоступен их психической организации. Кроме того, у людей, обладающих способностью к сублимации, этот процесс обычно происходит сам собой, как только все препятствия, стоящие у них на пути, будут преодолены с помощью анализа» (1912b, p. 119).
>
> 1919: «При анализе [психики невротичного пациента] и преодолении сопротивлений начинается процесс обоюдного роста; великое единое целое, которое мы называем Я, собирает в себя все импульсы, которые прежде были расщеплены, и держится от них в стороне... Таким образом, психосинтез достигается в процессе аналитического лечения без нашего вмешательства, неизбежно и автоматически» (p. 161).
>
> 1933: «[Цель психоанализа заключается в] укреплении Я, в том, чтобы сделать его более независимым от Сверх-Я, расширить поле его восприятия и перестроить его структуру так, чтобы Я могло освоить новые части Оно. Там, где было Оно, должно стать Я» (p. 80).
>
> 1937: «Аналитическая ситуация состоит в том, что мы вступаем в союз с Я пациента с целью подчинить необузданные части его Оно, то есть чтобы включить их в синтез Я» (1937a, p. 235).

Поразительно, как мало различаются общие описания интеграции во всех приведенных выше цитатах. По правде говоря, хотя в нашем распоряжении существует много методов, способных начать процесс психологических изменений, саму динамику достижения зрелости и синтетической гармонии мы можем скорее наблюдать, чем понимать. С этой оговоркой давайте посмотрим, как некоторые аналитики старались продвинуть его понимание.

Эвальд Бибринг рассматривал аналитическую технику как средство изменения баланса, существующего между Эго, Ид и Супер-Эго. Когда защиты смещаются, открывая путь реалистичному выражению импульсов, процесс психобиологического развития возобновляется. Ид развивается на протяжении всей жизни, например, посредством сублимации. Детские слезы становятся грустью в жизни взрослого. Гнев только-только начавшего ходить малыша по отношению к стоящим у него на пути препятствиям становится мощной детерминантой настойчивости взрослого человека. Постоянные задержки в отреагировании базовых импульсов ведут к тому, что они развиваются в более зрелые и тонкие формы эмоциональной экспрессии. Бибринг (Bibring, 1937) считал, что интегративная и ассимилятивная функции деятельности Эго, возможно, являются самыми важными детерминантами изменений. «Мы можем предположить их существование и не должны ни пробуждать их, ни изменять» (p. 187).

В описании Стрэйчи (Strachey, 1934) особенно подчеркивается важность изменений Супер-Эго в этом процессе. В той степени, в которой основой Супер-Эго продолжает служить совокупность архаических инфантильных запретов, до той же степени Эго испытывает трудности в проверке реальности. Из-за чрезмерного вытеснения либидинозные желания, а также агрессивные и стабилизирующие импульсы не получают доступа к сознанию. Через объединение и идентификацию с мягкой позицией терапевта, выступающего в роли вспомогательного Супер-Эго, Эго претерпевает изменения, и все больше и больше Ид становится доступным сознанию. Энергия, которую Эго тратило на свою защиту, освобождается для других целей.

В рамках интерперсонального и культурального подходов, как, например, в работах Эрика Эриксона (Ericson, 1950), интегративные изменения рассматриваются в психосоциальной перспективе. Считается, что прогресс в развитии, который был заторможен, возобновляется снова. Изоляция может тогда превратиться в близость, а застой может обратиться в продуктивность. Возобновленная интеграция в процессе своего развития может быть рассмотрена под разными углами и с различных точек зрения.

Проработка

Проработка — это концептуальное вспомогательное понятие, которое чаще всего используется для описания трудной психологической работы, необходимой для постоянного контроля за достижениями пациента. По определению Валенштейна (Valenshtein, 1983), проработка — это то, что происходит между инсайтом и действием. Продолжается исследование сопротивлений знанию и изменению. В классической аналитической теории сопротивление изменениям отчасти объяснялось сопротивлениями Ид и имело бесконфликтную природу. Как только либидо занимает определенную позицию по отношению к объекту, особенно если это происходит в детском возрасте, пациент стремится закрепиться на этой позиции. Человек чаще всего крайне неохотно меняет свои интересы и предпочтения. Физическая инерция действует по типу наркотика, противясь изменениям. Человек изменяется медленно, если и меняется вообще.

Перенос как средство интеграции

Хотя перенос порождается регрессивными тенденциями и на первый взгляд даже препятствует интеграции, вызывая сопротивление пониманию существующей реальности, он все-таки имеет интегрирующую функцию. Эриксон (Erikson, 1950) описал различные возрастные формы психологической дезорганизации, предшествующие реинтеграции и созданию иной идентичности. В период подростковых кризисов идентичности можно наблюдать

такую дезорганизацию, которая затем приводит к более определенному пониманию целостности человеческого Я. Поэтому и психотерапию можно рассматривать как стимулятор регрессии, как предвестницу интеграции расщепленного, подавленного бессознательного в новую, более приемлемую личностную идентичность.

С этой точки зрения, перенос рассматривается как стремление *к овладению ситуацией*, а новый синтез прежнего хаотического опыта достигается при помощи языка. Лёвальд (Loewald, 1960) считает, что перенос является лечебным фактором терапии, поскольку он вызывает к жизни разные элементы прошлого для их интеграции в настоящем. Терапевт создает структурированное пространство для разнообразных трансферентных желаний, стремящихся найти источник удовлетворения. Перенос создает возможность для изменений в бессознательном.

Это постоянное обнаружение отщепленных частей бессознательного отражено в таком понятии, как «связующий рассказ» (Sherwood, 1969). Самая главная задача терапии заключается в том, чтобы у пациента появилось понимание личной истории как определенной последовательности связанных событий в его жизни, то есть согласованного и стабильного восприятия самого себя. В процессе лечения терапевт стремится делать комментарии, имеющие смысл «реконструкции». Такие комментарии содержат оценку настоящего с точки зрения основных мотивационных блоков прошлого, что, в свою очередь, структурирует личную историю пациента. Подобные реконструкции нашего пути к тому, кем мы стали теперь, вызывают резонанс по всей линии развития и по-разному проявляются на разных этапах жизни. Ужас мальчика, который боится, что его изобьют сверстники, превращается в тревогу студента, вызванную насмешками и ссорами с однокурсниками.

«Целостная самость» Кохута (Kohut, 1977), которая понимается как цель развития, создает условия для особого интегративного процесса в терапии. Эмпатическое признание терапевтом недопонятого, не получившего эмпатического отклика Я приведет к формированию у пациента «целостной самости». Эмпатия терапевта воспол-

няет недостаток в ощущении реальности Я, которого пациент не обрел в детстве. Эти фрагменты новой информации постепенно складываются у пациента в новую картину его самости.

Гарднер (Gardner, 1983) сосредотачивает внимание на идентификации пациента с находящимся в «поиске истины» терапевтом. Такая идентификация происходит не только в результате бессознательного стремления стать таким же, как терапевт, а в значительной степени — через *научение.* Методы и способы, которые терапевт использует для нахождения реальности, открывают для пациента инструменты исследования, которыми он в конечном счете овладевает. Фенихель заметил (Fenichel, 1937): «Когда я признаю истинными чьи-то слова, это совершенно не означает, что я его интроецирую [становлюсь ему подобным]» (p. 24). Внимание и прислушивание к своим свободным ассоциациям пробуждает у пациента внутреннюю способность к самонаблюдению, сбору информации и к составлению на этой основе обобщенных выводов. Гарднер подчеркивает, что терапия усиливает и развивает способность человека к самоисследованию.

Клинический критерий: роль реального действия

В конце своей карьеры Хелен Тартакофф (1981), уважаемый и признанный классический аналитик, несколько изменила свою традиционную точку зрения. Первоначально она делала больший акцент на инсайте и понимании в процессе аналитической терапии. Постепенно она пришла к выводу, что интегративная структура, позволяющая оценить влияние терапии на повседневную жизнь, создается не только инсайтом и пониманием, но и особым характером отношений между терапевтом и пациентом. Ни одно из таких понятий, как *перенос, контрперенос* или *инсайт,* не описывает полностью особую триаду *взаимодействие–интернализация–действие,* к созданию которой постоянно стремятся в процессе терапии. Эта интерактивная триада приводит к появлению новых *решений* старых проблем и выражается в некоторых изменениях поведения, или в *действиях.* Без такой решающей проверки —

проверки реальным действием — пациент не может оценить или интегрировать инсайты, которые появились в результате интепретации защит и конфликтов. Конечной мерой того, что было понято в процессе лечения, являются действительные изменения в поведении. Приходя на сеанс, пациент прорабатывает впечатления, чувства и осознания, возникшие на основе произошедших изменений в поведении. Действие — это интегрирующее звено проработки.

Проживание как проработка

Если мы согласимся с точкой зрения Тартакофф, то тогда проработку будет более уместно назвать «проживанием». Понимание и инсайт, которые пациент приобретает в процессе терапии, должны быть испытаны на реальном опыте. Такое экспериментирование отчасти происходит в основном русле процесса лечения — в переносе. Фактически перенос является базой и проводником изменений. Однако рано или поздно каждый пациент начинает испытывать неудовлетворенность от работы только с переносом; некоторые признаки реального успеха должны получить подкрепление вне стен офиса. Обычно существует некая связь между проживанием в переносе и проживанием в реальной жизни пациента, проходящей за стенами терапевтического кабинета.

> Молодая женщина в течение длительного времени считалась неудачницей по сравнению со своей эффектной матерью и сестрами, умевшими показать себя и преуспевшими на любовном фронте. Она была стыдливой, скромной и сторонилась людей, в то время как мать и сестры вели себя непосредственно и общительно. Она приняла на себя роль Золушки, которая должна была удовлетворять все прихоти своей семьи. Она ходила в поношенной одежде и производила на всех впечатление воплощенной наивности. Поскольку она была абсолютно надежна, ее семья и друзья использовали ее как человека, которому можно довериться, который может оказать внимание и заботу и даже посидеть с детьми. Анна Фрейд несо-

мненно охарактеризовала бы такую защитную позицию как «альтруистическое поражение».

Несмотря на то, что она попыталась вести себя со мной в том же стиле, ее ум и психологическая тонкость проступали через скромность ее поведения. Она ясно рассуждала о своей матери и сестрах, понимала их слабые струны и, что самое главное, ощущала их скрытую в глубине несчастность. Когда я обращал внимание на эту ее сильную сторону, она начинала испытывать тревогу и чувство вины: тревогу по поводу того, что ее суждения о матери и сестрах могут оказаться неверными, а чувство вины — из-за ощущения «превосходства» над ними.

Спустя какое-то время она ощутила это смешанное чувство тревоги и вины по отношению ко мне. Она не хотела, чтобы я воспринимал ее иначе, чем скромную и послушную пациентку, опасаясь как моего гнева, так и моей деструктивности. Эти аспекты переноса мы наблюдали, проясняли и интерпретировали в течение нескольких лет. В моем присутствии ей стало легче думать, она начала более свободно делать замечания и у нее появилась уверенность в себе. Она почувствовала ко мне сексуальное влечение и сказала об этом. С этими новыми самоощущениями она понемногу пыталась примерить свою новую личность к своей семье. Малейший шаг в этом направлении сопровождался большими сложностями.

Так, например, впервые за много лет у нее появился друг. Не оскорбила ли меня такая ее смелость? Не потеряю ли я к ней интерес, если она начала проявлять внимание к кому-то другому? Такую же тревогу она переживала по отношению к матери и сестрам. Появление новых интересов оставляло меньше времени для ее семьи, для выслушивания проблем родственников и выполнения срочных дел, в которых, как они считали, она была им необходима. Она боялась потерять их любовь и хорошее отношение, но вместе с тем волновалась, как они смогут жить без ее эмоциональной поддержки. Когда она привела домой на обед своего друга, возросли ее эдиповы тревоги: станет ли ревновать мать? не окажутся ли

ее сестры более яркими и привлекательными, чем она? и т. д. Вместе с тем такая ее активность и успехи помогли ей создать свой новый образ романтической, умной и независимой женщины, возможно, даже образ себя как матери. Все это прорабатывалось в терапии (включая перенос) и в то же время проживалось в ее жизни.

Такие изменения в поведении создавали не только внутренний конфликт, но и реальные противоречия в отношениях в семье и с друзьями. Она нарушала хрупкое равновесие. Временами эти изменения вызывали регрессию и возвращали ее в состояние Золушки. Так шаг вперед, шаг назад с пробами и ошибками продолжалась проработка прежнего поведения, когда оно возвращалось, а также разрешение новых конфликтов, если они возникали.

Описание этого случая приведено в значительно сокращенном виде. Даже если бы я точно воссоздал все подробности, они бы составили лишь поверхностную картину многочисленных путей проработки во время процесса интеграции. Часто терапевты ожидают, что как день сменяет ночь, так и вслед за пониманием и инсайтом сразу наступят изменения. Изменения, если они и происходят вообще, происходят медленно. Терапевтам следует иметь в виду это важное обстоятельство.

Пока терапевт и пациент не примут тот факт, что проработка является длительным процессом, у них могут возникнуть нереалистические ожидания от терапии, что в свою очередь повлечет за собой разочарование для них обоих. Часто бывает полезно довести это до сознания пациента. Ясное понимание оказывает определенное воздействие, а большая часть психотерапевтического процесса как раз и представляет собой исследование этого воздействия. Часто приходится наблюдать, как унизительно чувствуют себя люди, которые непреднамеренно оказались в некрасивой ситуации. Они ругают и порицают себя за то, что «должны были это знать заранее». Понимание сложности изменения личности достигается в процессе тщательной и постоянной проработки.

Интеграция, встроенная в привязанность

Через привязанность и доверие элементы терапевтических отношений включаются в личность пациента. Спектр этих элементов может быть довольно широким: пациент может слышать внутри себя поддерживающий голос терапевта в тревожной ситуации или бессознательно идентифицироваться с ним.

> Тревожная пациентка, преподаватель, должна была выступить с лекцией перед своими коллегами, что вызывало у нее ужасный страх. Мысленно она услышала мои слова: «Эти люди такие же, как вы... и возможно даже, что некоторые, как и вы, приходят на лекцию, чтобы услышать что-то новое и интересное». И она успокоилась.
>
> В этот момент пациентка слышала внутренний сочувствующий голос, связанный с опытом успокаивающего влияния и повышения самооценки в процессе терапевтического лечения. Часто такой сочувствующий голос оказывается предсознательным. И только детально исследуя ситуацию, можно обнаружить на краю сознания этот внутренний сочувствующий голос надежного и терпимого терапевта.

Спектр психологических механизмов от объединения до идентификации может также включать в себя бессознательное использование слов, установок и позиций терапевта. Терапевт может быть удивлен такими результатами подобно тому, как удивляются родители, слыша свои собственные слова и мнения из уст детей, которые на сознательном уровне отрицают свое согласие именно с этими словами и мнениями. Важно отметить, что в сложном процессе объединения пациент часто интроецирует те желания, которые он бессознательно проецировал на терапевта. Такие Эго-идеальные желания затем переживаются как атрибуты, исходящие от любимого и обожаемого терапевта, и пациент чувствует себя более свободным, чтобы действовать в соответствии с ранее табуированными, заторможенными желаниями.

> Родители пациентки совершенно игнорировали ее блестящие интеллектуальные способности. И, конечно, она была

счастлива, что я убеждал ее, чтобы она завершила медицинское образование. Она знала, что я хотел этого так же сильно, как и она сама. Она видела во мне скорее желанного хорошего родителя, а не своих реальных отца и мать, которые никогда не вселяли в нее уверенности.

В течение длительного времени я давал пациентке возможность расцветать в этих «питающих» ее солнечных лучах. Когда я почувствовал, что она приобрела достаточно сил, то проинтерпретировал эту проекцию как сопротивление своей уверенности в адекватной самооценке. Она могла признать свои достижения, только если чувствовала, что я их одобрял. Эти обсуждения постепенно привели к анализу ее чувства вины, преданности взглядам родителей и ее идентификации с агрессором.

Данный процесс включал в себя неизбежное переживание печали. Собственная позиция подразумевает независимость, но наряду с этим она сопряжена также с потерями и отчуждением. Идентификация с агрессором была способом объединения с врагом и избегания боли, обусловленной собственной «непохожестью» и исключенностью.

Столь неопределенная область исследования была невозможна без предшествующего длительного периода «вскармливания» в моем присутствии. Эта привязанность послужила основой для трудного и болезненного понимания, вызывавшего неприятные переживания, основным из которых была грусть. Этот скрытый элемент привязанности является частью процесса интеграции. Он подобен грунту, который художник накладывает на холст, прежде чем рисовать картину. Сознание наблюдателя не замечает основы, однако именно она соединяет всю картину в единое целое.

Размытая область интеграции

Я описал некоторые факторы интеграции таким образом, чтобы лучше представить, как они проявляются по отдельности и в сочетании между собой и как вообще происходит

этот многомерный процесс. Будучи терапевтами, мы должны быть внимательными к тому, чтобы не хвататься за какое-то одно объяснительное понятие, а проявлять уважение к процессу, который буквально проносится перед нашими глазами и несет в себе величайшее таинство. В этой главе я сделал акцент на печали и грусти, а также на их роли в принятии существующей реальности в отличие от потерянного прошлого, хотя в предшествующих главах я сконцентрировал свое внимание на привязанности и зависимости, которые противоположны потере, и на понимании. Терапия приводит в движение органический процесс, направленный вовнутрь человека. Мы наблюдаем за этим процессом, комментируем его, влияем на некоторые его моменты, тем или иным способом пытаемся преодолеть инерцию, но в целом, по словам Фрейда, пациент делает то, «что он может, или то, что он хочет». В романе Л. Н. Толстого «Война и мир» идет речь о том, как великому русскому полководцу Кутузову удается командовать сотнями тысяч солдат: «Решают участь сражения не распоряжения главнокомандующего, не место, на котором стоят войска, не количество пушек и убитых людей, а та неуловимая сила, которая называется духом войска, и он следил за этой силой и руководил ею, насколько это было в его власти». Во многих отношениях внимательный терапевт поступает таким же образом.

Глава 10. Стадии и ритмы в психотерапии

> «Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему».
>
> *Лев Толстой.* «Анна Каренина»

Любая психотерапия имеет свои неповторимые особенности. Уникальность каждого пациента, наряду с нашей особой реакцией на его личностные проявления, накладывает специфический отпечаток на всю терапевтическую работу. В то же время существуют постоянно повторяющиеся ситуации и приемы, которые способны вызвать однотипные переживания в ходе любого терапевтического процесса. Осознание этих паттернов стабилизирует нашу позицию по отношению к пациенту и организует наше мышление, ожидания и реакции. В самом конце лечения у пациента открываются такие личностные качества, существование которых в начале нельзя было и предположить. В сумеречной неразберихе середины лечения теряются из вида и его начало, и конец. И снова мы понимаем, что в этой путанице именно перенос служит нам путеводной нитью. Его возникновение, развитие и разрешение обеспечивают необходимые ориентиры в терапевтическом странствии.

Медовый месяц

Целый ряд факторов может оказать благоприятное воздействие на первой стадии терапии, способствуя облегчению острой боли и симптомов психологического неблагополучия. Среди них немаловажную роль могут играть оптимистичные ожидания. К терапевту людей обычно приводит чувство постоянной неудовлетворенности, ощущение невозможности добиться желаемого. Существует бессознательная вера в то, что терапевт может помочь

удовлетворить эти желания и надежды. Таким образом, симптомы, вызванные потерей (реальной или воображаемой), будут ослабляться в той мере, в какой пациент продолжает надеяться. Если же пациент сохраняет свой пессимизм относительно помощи, то пропорционально ему сохраняются психологические страдания и симптомы. В целом, если пациент и терапевт устанавливают хороший контакт, то пациент в начале лечения чувствует себя гораздо комфортнее.

Врач вырос в семье, в которой отношения между родителями были лишены любви и счастья. Все свои молодые годы он старался сделать этих людей счастливыми — задача неблагодарная и безнадежная. Он полностью погрузился в медицину, которая давала ему возможность избавлять людей от страданий. Полюбив женщину, он женился на ней. В браке он сталкивался с такими же трудностями, как и большинство супругов. Но, кроме того, у него была еще одна проблема: его толерантность по отношению к конфликтам была низкой, а наличие конфликтов означало для него такую же несчастную жизнь, как и у его родителей. Постепенно он погрузился в отрешенность, оцепенение и пессимизм, его внимание и активность понизились. Короче говоря, он впал в клиническую депрессию. Он видел, что жену злит его отрешенность, но при этом искал доброты, понимания и мягкости — того, о чем он мечтал для своих родителей, а теперь и для себя.

В первые недели работы с этим мужчиной он воспринимал меня в качестве желанного наставника-родителя. Даже при том, что моя активность почти не выходила за пределы естественного ответного интереса и что я не задавал много вопросов, направленных на прояснение его истории, у него быстро исчезли самые острые симптомы. Тогда я еще очень плохо понимал этот случай. Ведь во внешней реальности не произошло ничего существенного, да и его характер остался прежним.

Предваряя наше обсуждение, отмечу, что несколько месяцев спустя, когда развился негативный перенос, вернулись его депрессивные симптомы.

Противоположный случай: молодой инженер, работающий в области компьютерной техники, пришел ко мне на прием, жалуясь на повышенную тревогу и сильные приступы ярости, возникающие на его новой работе. Он был воспитан в семье, для которой была характерна атмосфера интеллектуального соперничества, где отец и три его сына старались добиться наибольшего признания. В течение нескольких недель я был максимально вежлив в обращении с ним и в комментариях. Это не дало никаких результатов; он воспринимал меня равным себе по возрасту, по уровню достижений и по стремлению к соперничеству. Вместо уверенности и ощущения безопасности он испытывал в моем присутствии лишь чувство унижения. Он знал, что я достаточно компетентен, но просто не мог расслабиться в моем присутствии. Естественно, что нам не удалось справиться ни с одним из его симптомов.

Я направил этого человека к старшему коллеге, который годился ему в дедушки и уже почти достиг пенсионного возраста. При работе с этим терапевтом у пациента быстро снизилась тревога, и он спокойно приступил к терапии.

Негативное начало

Начало терапии — это стадия, полная загадок. Каким образом я мог бы узнать, что во втором из приведенных мной случаев изначальный негатив пациента связан лишь с его ранними защитами от зависимости или с гомосексуальной тревожностью? Что если за этим защитным раздражением скрывалась выстраданная надежда на признание, несмотря на его отталкивающее поведение? Конечно же, эту негативную форму начальной стадии я встречал многократно, особенно у пациентов-шизофреников. К сожалению, не существует единственно правильного объяснения раннего негативизма, и непонятно, когда пациенту следует порекомендовать другого терапевта. В этом случае я полагаюсь на такой трудно формализуемый фактор, как собственное клиническое суждение. Пациент, о котором идет речь,

очень настойчиво подчеркивал переживаемое им чувство унижения и вместе с тем признавал, что считает меня по-настоящему компетентным и что я ни разу не поступил несправедливо по отношению к нему. Вместе с тем неприятности у него на работе продолжались. Наибольшее облегчение ему принесла мысль о прекращении терапевтических отношений со мной и переходе к терапевту, который был бы значительно старше меня по возрасту. У него совершенно не было ощущения, что его отвергают. Если бы даже подобные отношения повторились при взаимодействии с другим терапевтом, все равно у пациента было достаточно мотивации, чтобы не прекращать терапию вторично. Сочетание этих факторов: прогрессирующего чувства унижения, ухудшения работоспособности, развитого наблюдающего Эго и первоначального отсутствия негативизма при обращении — привело к тому, что я откликнулся на его просьбу о новом терапевте.

Когда первую стадию процесса нельзя отнести к категории медового месяца, профессионализм терапевта подвергается серьезному испытанию. Мы всегда стремимся вселить в пациента надежду на то, что терапевт является самым нейтральным человеком по отношению к его личности и жизненным трудностям. Можно сказать, что мы хотим принимать пациентов такими, какими они являются в действительности. Мы хорошо понимаем, что многие хрупкие личности на самом деле хотят сказать «здравствуйте», говоря «до свидания». Такова избегающая позиция многих шизоидных и психотических пациентов по отношению к обществу. Нас не должно вводить в заблуждение поведение таких пациентов, которые в течение длительного времени подвергают проверке терпение и самообладание терапевта. Они не хотят, чтобы их примитивные фантазии о смерти и разрушении реализовались. Они испытывают облегчение, когда терапевт продолжает лечение, не смущаясь их демонстративным негативизмом.

Но, если патологические отклонения пациента не слишком велики, оценить первую негативную стадию не так-то просто. Возможно, лучше ошибиться в сторону продолжения терапии, чем в сторону ее прекращения. Однако, когда на начальной стадии лечения пациент горячо настаивает

на том, что ему трудно выносить вас, полезно, видимо, поднять вопрос о его переходе к другому терапевту. Как и в описанном выше случае, если пациент не воспринимает эту рекомендацию как отказ, будет вполне корректно передать такого пациента другому терапевту.

Очень помогает, если пациент ранее уже имел опыт прохождения психотерапии. Можно проверить, реагирует ли он на нового терапевта так же, как на предыдущего, или иначе. Если все происходящее теперь часто встречалось и в прошлом, то мы можем привлечь внимание пациента к этому факту. Тем самым можно уберечь пациента от лишних страданий, позволив ему продолжать лечение, а не заставлять его проходить весь путь снова. Прослеживание прошлых переносов пациента – это один из самых полезных источников информации для оценки терапевтом теперешнего переноса.

Долгое начало

Как уже отмечалось в главе о переносе, для некоторых пациентов медовый месяц растягивается на весь период психотерапии. Как только их безопасности и хрупкому равновесию угрожает что-то негативное, у них сразу появляются резонные причины, чтобы закончить лечение. Часто в этом им помогают объективные жизненные трудности (смена работы, рождение ребенка и т. д.), которые нарушают их психологический баланс. Прекратив лечение, они продолжают жить своей жизнью. Довольно часто такие пациенты через какое-то время возвращаются в психотерапию. В таких случаях терапевт должен считать, что психотерапия была прервана, а не закончена. Ее начальная фаза может растянуться на долгое время, иногда на годы.

> Двадцатипятилетний художник обратился за помощью, желая избавиться от серьезных трудностей в сексуальной сфере. Несмотря на свою внешнюю привлекательность, социальные навыки и наличие многочисленных друзей, он до сих пор ухитрялся избегать сексуальной близости. Как можно было догадаться, чем старше он становился,

тем больше это становилось преградой для его дружеских отношений.

Через десять месяцев психотерапии он почувствовал, что «с него хватит». По отношению к нему я старался быть теплым, дружественным, мягким и не вступать в конфронтацию с этим человеком, преисполненным чувства вины и легко впадающим в состояние униженности. По отношению ко мне у него развился обожающий перенос, и в моем кабинете он чувствовал себя свободно и безопасно. Он вступил в сексуальные отношения с женщинами и почувствовал удивительно сильное удовлетворение от этого, однако гораздо больше его захватили гомосексуальные отношения. До этого у него никогда не было подобного опыта. Хотя я предлагал углубиться в различные стороны его жизни, которые были лишь частично затронуты в лечении, он почувствовал, что жизнь для него привлекательнее терапии и закончил (в моей терминологии — «прервал») терапию. При этом он недоплатил за лечение 65 долларов. Я многократно посылал ему счет в течение года или даже двух, а затем потерял его след.

Почти девять лет спустя он позвонил мне и попросил о встрече. Он надеялся «продолжить терапию». В течение этого времени у него было по крайней мере два терапевта, и с каждым из них он работал несколько лет. Одна была женщина, больше друг или знакомая, чем терапевт, а другой — строгий мужчина, который часто ему противоречил. Ясно, что первая выполняла роль матери, а второй был повторением его отца. Что касается меня, то он утверждал, что обо мне у него всегда были нежные воспоминания, однако при этом оставалось неясным, почему он ко мне не вернулся, в особенности если он почувствовал, что «порция» терапии, которую он получил здесь, была ему полезна. Он вернулся на той же самой начальной фазе переноса, с которой ушел. Начальная стадия нашей работы, продолжавшаяся год, состояла в том, что я помогал ему увидеть процесс возникновения негативных чувств по отношению ко мне в тот момент, когда он первый раз от меня ушел. Очевидно, жизнь была к нему достаточно благосклонна, придав ему сил при столкновении не с самыми приятными мыслями обо мне,

и он смог продолжить анализ негативных черт переноса. И, конечно же, он заплатил те 65 долларов, которые был мне должен.

Начало лечения пациентов, находящихся в состоянии декомпенсации

Когда пациент переживает такое состояние декомпенсации, что уже нуждается в госпитализации, цель начальной фазы лечения совершенно ясна. Такие пациенты испытывают постоянное страдание из-за острой или хронической потери объекта, реальной или воображаемой. Они чувствуют исключительную ранимость к отвержению со стороны окружающих и болезненные сомнения в своей человеческой привлекательности. Это справедливо по отношению к целому спектру диагнозов. Когда мы в состоянии проникнуть сквозь защитную вуаль симптомов и довести до пациентов свое внимание, интерес и заботу, тогда мы будем допущены в их мир. В подавляющем большинстве случаев при работе с госпитализированными пациентами основная задача состоит в установлении привязанности (см. главу 6).

Рекомендации по организации начальной стадии работы с госпитализированными больными и по разнообразным приемам их лечения часто приводят в замешательство как начинающих, так и опытных клиницистов. Мы видим примеры различных стилей поведения и различных индивидуальных подходов при установлении контакта с пациентами. Некоторые, на первый взгляд, рискованные методы доказывают свою работоспособность. Много лет тому назад доктор Джон Розен создал метод «прямого анализа». Он со своими пациентами изображал психотические характеры. Например, получили известность роли Хозяина и Повелителя, Бога и Дьявола, которые он принимал в своих удивительных беседах с острыми психотическими больными. Не менее поражает метод Элвина Семрада. В отличие от стиля Розена его комментарии были простыми, несколько грубоватыми, реалистичными, причем он всегда садился позади пациента. Оба терапевта достигли значительных успехов в установлении контакта с пациентами

и компенсации их психических нарушений. Можно было бы назвать и много других необычных и сильно отличающихся друг от друга стилей общения с пациентами.

Общим для всех этих специалистов является глубокий интерес к своим пациентам, неподдельное внимание и желание войти с ними в близкий контакт. Они продолжают стучаться в двери больной души до тех пор, пока не добьются ответа. Они обращаются к самым уязвленным сторонам личности пациента и в конце концов создают привязанность. Часто это достигается на психотической основе – единственно возможной для большинства пациентов. Однако именно на таком уровне терапевт получает доступ к душе пациента. Когда такое происходит и два человека начинают работать вместе, то возникает возможность для развития клинического переноса.

Декомпенсированные пациенты часто очень открыты эмоционально. Они выворачивают свою душу в бурных, похожих на сновидения откровениях. В этот период могут возникать необычные обсуждения психодинамики, воспоминаний прошлого в их связи с настоящим и необычных форм психологического инсайта. Не отрицая важности исследования и интерпретации впечатляющих проявлений психотической динамики и не преуменьшая их важности с точки зрения долговременных целей лечения, мы должны понять, что на ранней стадии лечения самая главная задача терапевта состоит в том, чтобы внимательно выслушать пациента. Привязанность борется с регрессивной тенденцией к изоляции и отстраненности. Беседа терапевта и пациента — это путь к привязанности.

Другие пациенты могут пытаться достичь такой же привязанности через отыгрывание вовне, что потребует от терапевта многих часов административной работы, или же путем применения комплекса медикаментозных средств. Однако основа остается той же самой: пациент проверяет слабую вероятность того, что другой человек может проявить интерес, настойчивость и выдержать до конца его неуклюжие просьбы о помощи. Если терапевт и пациент продержатся до конца этого психологического испытания, значит, они успешно прошли стадию начала лечения.

Переход к средней фазе

Два фактора указывают на завершение начальной фазы терапии. Один из них — это возникновение клинического переноса. Как уже подчеркивалось ранее, перенос представляет собой развитие по отношению к терапевту определенного набора чувств, мыслей и установок, которые остаются относительно неизменными. Простая сверка с реальностью уже не может изменить эти чувства, и они все равно сохраняются, даже вопреки рациональному пониманию их иррациональности. Второй фактор, возможно, более важный,— это осознание пациентом неосуществимости его исходной фантазии о том, будто терапевт, как по волшебству, разрешит все его проблемы и избавит от накопившихся разочарований. Пробивающееся наружу чувство безысходности приводит к возвращению прежних симптомов. Неприятные чувства, связанные с долгим, несчастным прошлым пациента, начинают выходить на поверхность и направляются на терапевта. Все это свидетельствует о наступлении негативного переноса. Медовый месяц закончился.

Если варианты начала лечения отличаются значительным разнообразием, то его продолжение на средней стадии имеет уже почти бесконечное число возможных вариантов развития. В этот период происходит дальнейшее углубление привязанности, делаются попытки осознания и понимания и, что самое существенное, идет длительный процесс проработки (интеграции).

Что касается терапевта, ему важно не торопить возникновение у пациента способности понимать и интегрировать его комментарии и интерпретации. Терапевту необходимо тонко чувствовать пределы терпимости пациента, чтобы определить правильный технический подход к переносу и его основным сопротивлениям. Следует быть готовым к отступлению назад и следованию указаниям пациента, чтобы сохранять контроль за его тревогой, возникшей вследствие сдвигов и изменений тех установок и защит, которые долгое время преобладали в его жизни. Нам именно тогда удается лечить эффективнее, когда мы способны уловить те технические рекомендации для

лучшей терапии, которые посылает нам пациент, и нам хватает везения и ума, чтобы следовать им.

Однажды я наслаждался чрезвычайно многословной начальной стадией терапии суицидальной девушки-подростка. Довольно неглупая, очаровательная и жаждущая любви, она реагировала с острым интересом на многие мои прояснения и интерпретации. Я чувствовал, что часть ее личности остается покрытой тайной, но предполагал, что наступит время, когда она сможет раскрыться в большей степени.

По истечении пяти месяцев материал для обсуждения стал иссякать. Она стала намного более молчаливой, хотя внешне оставалась вежливой и добродушной. По истечении нескольких недель такого напряженного взаимодействия она, наконец, выдавила из себя, что ей очень трудно находиться вместе со мной. Она считала мои замечания грубыми, критичными и требовательными. Она не знала, сможет ли вытерпеть такое суровое обращение. Мне были ясны родительские истоки этого острого негативного переноса, но пациентка считала любое мое замечание на эту тему совершенно бесполезным.

В тот момент, когда я почувствовал свое бессилие как-то изменить это положение, пациентка достала маленькую коробочку с надписью «Вы можете изменить жизнь». В сильном возбуждении она воскликнула: «Доктор Роут, вы должны посмотреть на это!» Она объяснила, что это был подарок от брата стоимостью всего в пять долларов и что в этой коробочке находились материалы и инструкции для выращивания гибридных растений, для создания разных форм жизни. Необходимые им почва и удобрения прилагались, а при создании соответствующих условий среды растения могли уже дальше все делать сами.

Как прежде она говорила мне о том, что все мертво и безнадежно, так теперь она стала мне рассказывать о возможности жизни и любви, о том, что что-то может вырасти, если дать ему шанс и создать необходимые условия. Не делая даже попытки интерпретации, я читал вместе с ней руководство по выращиванию растений и обсуждал вопросы ботаники.

> На следующем сеансе она снова была со мной довольно общительна и рассказала об огромном водопроводе, который был проложен на Ближнем Востоке в бесплодные и засушливые земли. От успеха проекта полностью зависела репутация инженера. Он построил этот водопровод протяженностью почти в тысячу миль, и, когда отвернул кран, не появилось ни капли воды. Он покончил с собой. Два дня спустя пошла вода. Пациентка подчеркнула: инженер не принял во внимание, что, несмотря на всю его подготовительную работу, все равно потребуется время, чтобы по трубе пошла вода, а у него не хватило терпения. Я принял ее слова близко к сердцу и существенно замедлил темп лечения.

В данном случае я ошибочно принял оживленную беседу на первой стадии лечения за признак интеграции и понимания, тогда как на самом деле происходило формирование стабильных уз доверия и привязанности. К счастью, пациентка имела творческий ум и общительный склад характера. Изменив тактику общения, она привлекла мое внимание, когда поняла, что ее отстраненности и гнева недостаточно, чтобы повлиять на мою технику.

Этот случай демонстрирует нам, что во время первых стадий лечения (в самом начале и при переходе к средней стадии), нужно способствовать полному расцвету переноса, не слишком его анализируя. До тех пор, пока чувства пациента не созреют полностью, возможно только интеллектуальное восприятие переноса. В работе с этой пациенткой негативные элементы не исчезали при снижении моей активности; они оставались, но не слишком переполняли пациентку. Более медленное продвижение позволяло переваривать процесс (и боль) понимания.

Треугольник: убийство, самоубийство или психоз

Одним из серьезнейших барьеров перед вхождением в среднюю фазу лечения является ужас пациента, что он станет убийцей, самоубийцей или психотиком. Углубление отношений переноса вовлекает пациента в психологический Бермудский Треугольник, из которого есть только три

непереносимых выхода. Этот ужас открыто проявляется у людей с настолько ранимым Эго, что невыносимая тревога вызывает у них психотические реакции. Он также заметен, хотя и гораздо слабее, у пациентов в пограничном состоянии, особенно если человек находится вблизи «границы» психоза.

При обсуждении переноса я приводил случай с молодым профессором медицины, имевшим серьезные суицидальные наклонности, состояние которого существенно улучшилось за четыре месяца интенсивного лечения. Несмотря на то, что он считал меня образцом терапевтической добродетели, у него стали проявляться параноияльные тенденции и стремление убить другого психиатра, чьи свидетельские показания могли бы его уничтожить на бракоразводном процессе. Чтобы не раскрывать на суде сам факт терапевтического лечения у меня, он решил прервать наши отношения и внезапно прекратил лечение. Таким способом он сохранил позитивный перенос (и свою компенсированность) и оставил при себе безопасное желание убить тот объект, на который он не мог наложить руки. Самые уязвимые части Эго остались незатронутыми.

В той же главе я рассматривал случай с молодым человеком, имевшим множество симптомов навязчивости и ипохондрии. После своей компенсации он почувствовал, что место, где я принимаю пациентов, является источником вирусных и психотических заболеваний. Сосредоточив психоз во мне, он в любом другом месте мог ощущать себя в безопасности.

Третий случай из главы о переносе демонстрировал, как переживались, прорабатывались и преодолевались барьеры против убийства, самоубийства или психоза, — это случай с человеком, который стал психотиком во время учебы в семинарии. Потенциальная возможность убийства, самоубийства и психоза возрастала, едва в процессе переноса воссоздавались непереносимые чувства по отношению к его родителям. Желание гомосексуального переноса и ужас перед ним вовлекали пациента в одно или сразу в несколько состояний этого треугольника, пугающих своей безысходностью. Пациент смог перенести эти страхи и продолжить среднюю стадию терапии.

Некоторые пациенты прерывают лечение на начальной стадии, особенно на стадии медового месяца, прежде чем перенос приведет к развитию этих устрашающих состояний. Они предпочитают консервативный, но безопасный исход терапии. Другие могут остановиться и надолго регрессивно застрять в одном из углов треугольника. В результате терапия прерывается в самом начале средней фазы (которая может продолжаться годы), и компенсация происходит на расстоянии от вызывающего страх объекта. Другие пациенты, подобно только что упомянутому в третьем примере, способны полностью отдаться переживанию этого ужаса без полной кристаллизации одного из трех возможных выборов. Согласно Цетцель (Zetzel, 1958), эти пациенты способны выдержать тревогу и депрессию или же могут в достаточной степени развить эту способность в процессе работы. Такие пациенты в силах смещать фокус терапии за рамки высасывающего энергию ужаса перед психозом, убийством и самоубийством и исследовать те элементы личностной структуры, которые делают их более уязвимыми для регрессии.

Три технические стадии терапии при лечении острого психоза

Долговременному лечению пациентов, находящихся в состоянии острого психоза, присущи свои особенности. В первую очередь следует с должным вниманием отнестись к острой психотической реакции. Это подразумевает необходимость госпитализации пациента, психофармакологическое лечение, создание благоприятной лечебной обстановки и, по возможности, работу с семьей. Терапевту необходимо владеть специальными методами, разработанными для проникновения сквозь плотную защитную паутину психоза. Как отмечалось ранее, выбор этих методов зависит от личности терапевта и его стиля. Терапевт на этой стадии проявляет большую активность.

Когда пациенты компенсируются, они обычно вступают в депрессивную фазу (Roth, 1969). Хотя пациенты способны не входить больше в состояние психоза, они погружаются в глубокую, безвольную депрессию. Когда

психотические защиты уже перестают отводить вовне невыносимые внутренние импульсы, возникает особая опасность самоубийства. Терапевт переходит от техники лечения острого психоза к технике, которая, скорее, напоминает лечение серьезной непсихотической депрессии.

На этой фазе лечения главным становится процесс переживания пациентом своей печали. Терапевт систематически отслеживает потери, которые предшествовали развитию психоза. Психическая боль пациента очень сильна. В таком случае депрессия превращается в вуаль, скрывающую непереносимую грусть. Мы настойчиво помогаем пациентам увидеть, что все, что ранее приводило их к сумасшествию, теперь вызывает у них депрессию. Нередко пациент стонет от отчаяния: «Позволь мне снова стать сумасшедшим. Боже милостивый, сотвори это! Все, что угодно, только бы не терпеть такую жизнь». Очень важно указать пациенту, что депрессия является признаком силы, высокой способности терпеливо выносить невзгоды жизни и постоянно возникающие проблемы. Кроме того, мы должны перешагнуть через малозначимую теперь депрессию к терзающей душу печали.

Некоторые пациенты, особенно люди, подверженные повторяющимся приступам нарастающего психоза, способны продемонстрировать быструю регрессию от депрессии к психозу. Мини-упражнения печали могут вновь компенсировать пациента во время терапевтического сеанса. Так, например, одна женщина появлялась у меня в кабинете с рассказами, что видела черные круги перед глазами или черные облака, которые преследовали ее вплоть до входа ко мне в кабинет. Когда мы исследовали ее актуальное состояние, связанное с ощущением потери объекта, и смогли найти его источник, эти проводники психоза у нее сразу пропали. Источник же был довольно прост: например, ее муж уехал в длительную командировку или же ее свекровь руководила всем через ее голову и сама зажарила праздничную индейку в День Благодарения. Эго, склонное к психотической регрессии, чрезвычайно чувствительно к потерям. И в силу своей чувствительности оно способно безошибочно загораживать горечь этих потерь психотическим симптомом.

Опасность нарциссизма у терапевта

В этой фазе лечения исключительную важность приобретает установка терапевта на возвращение пациента к обычной жизни. Если пациента торопят, подталкивают, заставляют быстрее встать на ноги, ему грозит серьезная опасность оказаться в состоянии регрессивного психоза или совершить самоубийство. Любой терапевтический вопрос или любое действие, которые больше отвечают потребностям нарциссизма терапевта, чем специфическим потребностям пациента, обречены на неудачу. На терапевта будут оказывать большое давление, чтобы он мобилизовал пациента; это давление будет исходить от семьи, от клиники (если на этой стадии лечения пациент госпитализирован) и, по иронии судьбы, от пациента, который будет требовать, чтобы терапевт действовал более решительно.

Внимательный взгляд терапевта всегда должен фокусироваться только на том, чего желает сам пациент, и никогда — на губительном подчинении желаниям других. Психотические пациенты обычно живут как бы растворившись в желаниях окружающих, чтобы поддерживать с ними бесконфликтные и безопасные отношения. В состоянии компенсации готовность к прежнему поведению сохраняется и манит пациента. Нужно вести тщательный учет всех недавних проявлений скрытых конфликтов в остром психозе и не позволять пациентам напрасно растрачивать свою психическую энергию. Пациентам необходимо напоминать, в чем заключается смысл того или иного эпизода. Терапевт с безмерным терпением должен обращаться к затаенным уголкам психики пациента — не всегда, но время от времени, просто в качестве напоминания.

Я не могу выразить в полной мере, какое безмерное терпение нужно иметь для столь продолжительной фазы лечения. Пациент часто пытается льстить терапевту или придираться к нему, склоняя его к определенным действиям. Поддаваться этому опасно, ибо в таком случае обычно возникает регрессия пациента. Семрад нередко ссылался на определенную позу пациентов, которые в этой фазе терапии становились особенно неврастеничными,

выступая в роли «ученых невежд». Эта депрессивная стадия может длиться от нескольких месяцев до полутора лет.

Анализ характера и склонное к психозу Эго

После того, как пройдут и будут проработаны две фазы острого психоза и депрессии, терапевт будет приятно удивлен открывшимися перед ним новыми техническими возможностями. Последней фазой лечения становится терапия характера и его защитной структуры. Изучаются черты характера, уязвимые для психотической регрессии, особенно черты, связанные с тревогой сепарации, границами Эго, выделением себя из мира объектов, вопросами базового доверия и ощущением чувства собственной независимости. Кроме того, обычно поднимается много волнующих проблем, связанных со столкновением любовных и профессиональных интересов. Все они втягиваются в отношения переноса.

Нам следует быть очень осторожными и не относиться ко всем проблемам как к прегенитальным, или связанным с выкармливанием. Люди, даже те, кто пережил психоз, подобны симфоническому оркестру; терапевтический процесс теряет свою гармонию, когда приходится фокусироваться на узкой проблеме. Если на этой заключительной стадии терапии мы вспомним, что происходило на этапе, когда пациент находился в состоянии острого психоза и в начальной стадии развития депрессии, у нас возникнет чувство, что терапию проходили два разных человека. Вся техника работы подвергается таким количественным изменениям, что они почти переходят в качественные. По длительности и своим особенностям процесс лечения теперь больше напоминает лечение невроза, чем психоза. Все более значительную роль играет понимание пациента, возникающее в результате интерпретации переноса.

Если мы проследим эту последовательность терапевтических стадий: от состояния острого психоза к депрессии и далее – к лечению невротической личности, мы придем к важному открытию. Когда пациент видит одного и того же терапевта на протяжении всех трех стадий, то оба они имеют больше возможностей для продолжения работы

и, вероятно, для достижения успеха. Слишком часто пациента, находящегося в состоянии острого психоза, лечит один терапевт, а затем, при появлении признаков компенсации, передает его другому. Первый терапевт работает с активным и жизнеспособным пациентом, попавшим в тиски острого психоза. В это время пациент часто открыто выражает горькие жалобы. Второй терапевт часто встречается с депрессивной, закрытой личностью, с человеком, который собирается оставаться в таком состоянии в течение длительного времени. Этот терапевт не имеет того преимущества, которое имел первый, проникший в более глубокие и менее защищенные структуры личности пациента.

Далее довольно часто получается следующее: при переходе пациента от одного терапевта к другому ни пациент, ни второй терапевт не в состоянии выносить друг друга. Новый терапевт считает пациента непонятным, часто — скучным. В дополнение к депрессивной фазе болезни пациент продолжает испытывать страдания и от своего отвержения первым терапевтом, а теперь еще добавляется переживание дистанцирования от нового терапевта. В результате от такой смены терапевта не выигрывает никто.

В этот момент пациенты часто полностью выходят из терапевтического процесса. Мы ничего не знаем о них до тех пор, пока не разовьется новый психоз и вся последовательность не повторится снова.

Как для пациента, так и для терапевта очень важно, чтобы они продолжали работать вместе на всех стадиях лечения. Только эти двое могут по-настоящему оценить, в каком состоянии пришел пациент и к каким целям он так отчаянно стремится. Первоначальная привязанность пациента в острой психотической фазе обычно достигается очень большой психологической ценой и не так легко переносится на нового терапевта.

Средняя фаза терапии и проработка

Львиная доля интерпретаций переноса и весь длительный процесс проработки, включающий в себя проживание, приходятся на среднюю фазу лечения. Именно на этой

стадии пациенты чаще всего испытывают отчаяние, ибо они начинают понимать ограниченность результатов лечения, а также возможность непредсказуемых изменений и поисков. Какова вероятность всего этого, часто неизвестно ни пациенту, ни терапевту. Лично я склоняюсь к тому, чтобы предоставить каждому пациенту максимум времени, в котором он нуждается и которое ему необходимо для работы на этой неведомой территории лечения. Именно самим пациентам предоставляется возможность открыть для себя, какие аспекты их личности обладают гибкостью, а какие не поддаются изменениям.

Нередко данный период лечения растягивается на годы. Пациенты, испытывающие серьезные трудности с сепарацией, зависимостью и базовым доверием, нередко могут задержаться на восемь-десять лет на этой средней стадии лечения. Когда пациенты приходят к пониманию того, чего они в принципе могут достигнуть, а чего — нет, и когда они чувствуют, что в результате психотерапии наметилось определенное улучшение их жизни, тогда они заводят речь о завершении лечения.

Завершение терапии

Учитывая длительность курса психотерапии, изобилующего поворотами и сомнениями, неудивительно, что вопрос, связанный с завершением лечения, покрыт туманом неопределенности. Даже когда мы имеем явные доказательства того, что терапия достигла значительного успеха, все равно остается вопрос, когда именно следует ее завершить. Мы сможем приблизиться к ответу на этот вопрос, когда станем свидетелями постепенного развертывания переноса. Мы увидим стадию его зарождения и порадуемся тому, как углубляется и разнообразится перенос с течением времени. В частности, если мы заметим, что пациент выражает свою враждебность с особой силой и настойчивостью, то мы почувствуем уверенность, что нащупали важные болевые точки.

Неразрешенный негативный перенос в подавляющем большинстве случаев служит основной причиной незавершенности психотерапии. И пациент, и терапевт не склонны

выражать и принимать на себя аффекты ненависти. Если ненависть пациента, как и его любовь, не находит своего выражения и долго таится в глубине, то мы не очень удивимся, если он начнет обсуждать возникшие у него мысли о завершении терапии. Услышав такие реплики, я либо продолжаю заинтересованно молчать, либо выражаю некоторый интерес к высказанным идеям. Однако это не слишком живой интерес. Я ни в коем случае не хочу выглядеть человеком, хватающимся за первую попавшуюся возможность, чтобы закончить этот долгий и трудный терапевтический процесс. Честно говоря, на этой стадии я крайне сдержан, ибо действительно не знаю, когда на самом деле наступит время окончить лечение. Конечно же, я не делаю никаких конкретных предложений о его завершении. Я стараюсь занимать следующую позицию: «Возможно, окончание терапии было бы для вас лучшим вариантом, но точно сказать не могу. Как обычно, мы будем полагаться на ваши мысли и ваши суждения, на то, что вы будете думать об этом через некоторое время».

Такие периодические мысли об окончании терапии через несколько недель или месяцев выльются в более продолжительное обсуждение пациентом своего ухода.

> «Мне думается, я имею представление о том, насколько сложна жизнь... или по крайней мере о том, чего я хотел добиться и чего действительно добился, что я могу еще сделать с этим в процессе терапии. Я вижу, что во многих отношениях мне значительно лучше и я не так несчастен и не так мучаюсь, как раньше. Раньше я чувствовал себя как беспомощное, раненое животное... Сейчас я не впадаю в панику перед трудностями. Передо мной по-прежнему много целей, но я чувствую, что смогу продолжить работу по их достижению... Мне будет не хватать отсутствия критики. Это дает мне свободу мыслить. Я должен пытаться делать то, что по силам мне самому. Ранее я иногда хотел вас покинуть, когда вы очень расстраивали меня, не давая мне того, что я хотел. Со своей стороны я всегда хотел слишком многого, я застрял на этом. *Во мне* не так много того, чего бы мне хотелось, и я по-прежнему должен над этим работать... [Затем пациент рассказал сон, в ко-

тором похожий на меня персонаж совершал много ошибок.] Я стараюсь видеть вас несовершенным... для меня большое облегчение считать, что ничто человеческое вам не чуждо. У вас, как и у меня, тоже могут быть неприятности. Я не такой уж урод, мы во многом схожи... Например, мне трудно признать, что у меня все идет хорошо; я чувствую давнюю вину и депрессию. Кроме того, признаваясь вам, я вспоминаю, что никогда не мог признаться в этом своему отцу. Я боялся, что он перестанет обо мне заботиться, если я стану от него независим. То же самое я часто ощущал по отношению к вам... и я не должен быть таким же несчастным, как моя мать, чтобы показывать ей, как я ее люблю и что никогда ее не брошу... Вместе с тем мне приятно, что я не чувствую по отношению к вам сильной ярости, даже если я не могу решить здесь свои проблемы. Я ощущаю нечто похожее на сожаление или грусть... у меня возникает чувство, что мое решение закончить терапию не связано с местью... но я же могу самостоятельно заниматься исследованием своих возможностей, когда прекращу терапию? [Я сказал: жизнь время от времени бросает нам вызов. Это не кончается никогда.] Точно! Я долго думал о том, что должен обрести здесь состояние нирваны... все должно остаться неизменным на все времена... Но это невозможно до тех пор, пока человек жив, и кто на самом деле к этому стремится?... Я думаю о том, чтобы установить точную дату окончания. И мне бы хотелось, чтобы вы не сочли эти слова предметом для вашего дальнейшего исследования!»

Так как эта терапия продолжалась около шести лет и многие элементы переноса хотя и развивались медленно, но проявлялись затем достаточно интенсивно, я почувствовал, что рассуждения пациента на эту тему имели солидное терапевтическое обоснование. Мы действительно работали над многими болезненными проблемами, и хотя и я, и пациент хотели решать их и дальше, более реалистичный подход был связан с его движением в направлении независимости. В этот период он старался продемонстрировать гибкость, сравнивая свои иррациональные чувства ко мне с подобными чувствами в своей

обычной жизни и высказывая идею относительно их происхождения. Было очевидно, что он воспринимает меня более реалистично, под меньшим влиянием переноса. Другим явным признаком завершающей стадии лечения является выход терапевта из кокона переноса и его превращение в более реальную фигуру. Пациент уже не испытывает такой острой потребности в удовлетворении со стороны трансферентного объекта, а потому перенос теряет для него свое очарование. Реалистичный образ терапевта (не связанный с переносом) более ясен для пациента в самом начале лечения (прежде чем возник клинический перенос), а также в процессе завершения лечения, когда основные элементы переноса уже получили ту или иную рациональную интерпретацию. В приведенном выше случае мысли о завершении терапии не оставляли пациента во время сеансов на протяжении нескольких месяцев. Таким образом, эти идеи не казались мне демонстративным прикрытием какой-то враждебности, возникшей в самое последнее время.

Если я определил для себя, что завершение лечения вполне закономерно, очень важно определить его точную дату. До тех пор, пока не намечено точное время, вращающиеся шестерни процесса печали не соединяются в слаженный механизм. Многие пациенты после нескольких месяцев разговоров об окончании лечения попадают в совершенно иную реальность, когда устанавливается его точная дата. Хотя такая аналогия не совсем уместна, мне приходит в голову замечание Сэмюэля Джонсона: «Когда человек знает, что через две недели его повесят, у него очень хорошо концентрируются мысли». Давление времени приводит к появлению темы печали. Весь воздух наполнен потерей, и реакция пациента определяется сочетанием того, насколько исходные симптомы были вызваны потерей объекта, насколько эта потеря смягчилась в процессе лечения, в какой степени ей было найдено замещение в реальной жизни, а также тем, как долго терапевт способен помнить о значимости перенесенной пациентом потери. Нельзя выразить в точных цифрах, сколько именно времени потребует этот процесс, но в порядке вещей, если он продлится один-два месяца, помноженных на каждый год терапии.

У многих пациентов появится тревога из-за того, что они уже не смогут отказаться от своего решения, если вдруг захотят это сделать. Лучше эту тревогу исследовать и интерпретировать, но уже не менять дату завершения терапии. Лишь в исключительных случаях допускается сдвиг даты окончания терапии или ее отмена. Необходимость в этом возникает тогда, когда состояние пациента настолько серьезно ухудшается вне терапии, что становится ясно: он нуждается в неотложном и длительном наблюдении терапевта. Такие случаи чаще возникают, если лечение не было достаточно систематичным и адекватным. Обычно такого не происходит после многолетнего и плодотворного терапевтического сотрудничества.

Нередко случается так, что в процессе завершения терапии вновь возвращаются какие-то первоначальные симптомы. В этом случае у обоих участников терапевтического процесса появляется последняя возможность быстро пройти через соответствующие фазы переноса и проработать их тем же способом, что и раньше. В целом этот процесс не столь значителен по масштабу и продолжается гораздо меньше, чем вначале. Через такой этап проходят далеко не все пациенты.

Процесс завершения почти всегда сопровождается углубленным и напряженным вниманием пациента к терапевтической работе. Материал, который не появлялся на поверхности в прошлом, теперь может выйти на первый план. В знаменитом случае Вольфсманна терапевтический процесс пошел с нужной скоростью только тогда, когда Фрейд, потеряв терпение, установил дату завершения терапии. Именно в последний год анализа на поверхность вышло большое количество наиболее важного материала. В главе 12 мы отметим, как в сновидениях этого периода будет отражаться проделанная или непроделанная терапевтическая работа. Эти сны являются ценным источником ярких визуальных образов, суммирующих всю терапевтическую работу.

Некоторые терапевты сообщают, что они сознательно стремятся изменить и перестроить свой подход на конечной фазе терапии. Действуя в унисон со стремлением пациента найти разрешение своим чувствам, сопровождающим

перенос, они свободнее оперируют фактами, относящимися к своей жизни, не так строго придерживаются техники и в каком-то смысле ослабляют свою терапевтическую «хватку». Они хотят, чтобы пациент закончил лечение с ясным ощущением своего равенства с терапевтом.

Другие терапевты строго сохраняют свою нейтральность и профессиональную позицию на завершающей стадии терапевтического процесса. Лично я могу откровенно сказать, что не следую никакой заданной заранее или определенной линии. И опять же мое поведение соответствует тому, что каждый пациент хочет получить от меня. По отношению к некоторым из них я веду себя более или менее одинаково до самого окончания терапии. В их поведении существует нечто подкрепляющее мое мнение, что подобная последовательность и стабильность является для них полезной и максимально безопасной. Кроме того, у меня сохраняется возможность оставаться их терапевтом в будущем, ибо я не отступил от своей особой роли. Возможно, это и определяет мою позицию: я чувствую, что могу понадобиться им снова. Всем своим пациентам я внушаю уверенность в том, что, несмотря на завершение терапии, в будущем они всегда смогут, если захотят, прийти ко мне на консультацию. Более того, если пациент этим не интересуется, то мне обычно хочется узнать, почему именно.

Даже если мы работали с пациентом много лет, прошли длительную завершающую стадию и думали, что ничего нового уже не может произойти, на самом деле мы никогда не можем быть в этом уверены. Например:

> После почти шестилетнего интенсивного лечения казалось, что женщина отдавалась терапии с полной добросовестностью. Она была открытой, насколько могла, избавилась от многих тревог и симптомов, но ее решение закончить терапию было принято прежде всего потому, что она почувствовала, что в своей основе она никак не меняется. После стольких лет работы, принимая во внимание, что в ее жизни не было никаких явных терзаний — наоборот, много счастливых моментов,— я исследовал высказанные ею резоны, не подвергая их со-

мнению. Завершение терапии проходило без особой печали и без переживания глубокой потери.

Через два года эта женщина вернулась ко мне. За это время она развелась с мужем, серьезно и страстно влюбилась в мужчину, который казался ей полностью подходящим. Удивительно, но у нее прекратились всяческие фобии и исчезли многие внутренние затруднения, которые мы пытались устранить в течение многих лет.

Она рассказала мне, что чувствовала мое неодобрение ее развода с мужем и по этой причине имела постоянное внутреннее ощущение, что терапия ей не поможет. Я стал протестовать, заметив, что я делал интерпретации в этом направлении, однако она всегда пропускала их мимо ушей. Пациентка засмеялась, но не могла вспомнить, что я говорил ей что-то про это. Я сделал вывод, что для нее было очень важно, прежде всего из-за ее сверхопекающих родителей, чтобы она могла оставить мужа сама.

Но теперь появилась возможность обсуждать с ней подобные вещи. Она казалась более открытой и доступной, чем раньше, и наша терапевтическая работа продолжалась еще около полутора лет.

Фактически в первый раз эта женщина не завершила терапии окончательно. Совершенно бессознательно она сделала «перерыв» в лечении. Все это время она желала быть самостоятельной (заново переживая подростковый возраст), чтобы затем вернуться к сотрудничеству на более взрослом уровне. В следующий раз, когда мы заканчивали лечение, ее реакция на потерю меня как терапевта действительно выражала потерю и содержала в себе печаль.

Эта пациентка все еще может служить примером незаконченного лечения. Даже после вторичного окончания терапии она время от времени продолжает консультироваться у меня, и, по сути, мы можем так никогда и не закончить. Я остаюсь ее постоянным консультантом, что освободило ее мышление от излишней критичности и позволило принимать независимые решения. Она посещает меня несколько раз в год или даже с более чем годичным перерывом. Она с большой пользой использовала результаты нашей

предшествующей совместной работы. Это хороший итог для терапевтической пары. Во время нашей долговременной психотерапии была проделана большая работа. Жизнь сложна и часто даже жестока на крутых поворотах человеческой судьбы, и человек счастлив иметь надежного терапевта, которому можно спокойно доверить свои спутанные мысли и душевную боль. Вместе с тем мы, терапевты, должны быть готовы к тому, что после окончания успешной терапии мы почти ничего не услышим о пациентах за исключением очень редких, «хватающих нас за живое» писем. Трудно расставаться с этим навсегда; естественно, нас весьма интересует, что же случилось после терапии.

Постоянство и изменчивость

Клинический перенос — как цветок, который начинается с бутона, затем вступает в период пышного расцвета и, наконец, прекращает свою жизнь, с грустью теряя аромат и лепестки. Как нет предела разнообразию цветов в природе, так невозможно определить и все качественные особенности индивидуального переноса. Я выделил описанные выше стадии не для того, чтобы ограничить индивидуальные особенности терапии, а для того, чтобы предложить некую общую схему. Внимание к человеческим отношениям, которые являются источником нашего терапевтического поиска и ключом к его успеху, помогает нам не утонуть в зыбких песках клинических деталей и симптомов.

Глава 11. Сны

> «“Толкование сновидений”... содержит в себе, даже в соответствии с моим нынешним мнением, самое ценное среди всех открытий, которые благосклонная фортуна предоставила мне сделать. Подобное озарение выпадает на долю человека не более одного раза в жизни».
>
> *Зигмунд Фрейд.*
> «Толкование сновидений», 3-е изд. (1931)

Сны — это нечто особенное. Один мимолетный образ сновидения может многое рассказать о жизни в прошлом, в настоящем и в переносе. Посредством сновидений даже самые непоэтичные и неискушенные в литературе люди создают волшебные истории, настолько глубоко выражающие человеческую природу, что они выходят за рамки личных проблем и приоткрывают универсальные истины. Туманные и смутные мотивы врываются в жизнь и обретают форму и материальность галлюцинации. Свободное и нестрогое течение сновидений несет информацию о том, чего можно ожидать от пациента во время аналитического сеанса, позволяя запрещенным темам войти в сознание и давая возможность как бы со стороны наблюдать за этим процессом. Если это не является контрпереносом от терапевта, то пациент, который никогда не рассказывает своих снов, обычно пассивно сопротивляется терапевтическому воздействию или сильно подавлен, или как-то по-иному недоступен. Использование сновидений в психотерапии затрагивает практически все технические и теоретические аспекты лечения. Терапевт, не умеющий работать с этим основным и ежедневным центром бессознательной коммуникации, очень много теряет как психоаналитический психотерапевт.

Образы сновидений

Изумительная черта сновидений заключается в их способности превращать идеи в визуальные образы. Скрытые мысли, нечеткие представления обретают живую конкретную форму в содержании сновидений.

> Молодой человек видит во сне своего отца, стоящего на краю бассейна. Он обнажен, у него огромный, невероятных размеров пенис. Возникает совершенно новое видение отца.
>
> Сновидец заявляет: «Теперь я понимаю, что мой отец невероятное ничтожество».
>
> Женщине снится, что она взбирается на трубу своего дома. Она ощущает себя очень высоко над землей и далеко внизу замечает подростков. Они ей знакомы еще со школьных времен. Ей бы очень хотелось до них добраться, но она не может спуститься.
>
> Сновидица, привыкшая описывать свои визуальные образы словами, говорит: «Когда я была в старших классах, я заносилась, чувствовала, что я выше всех остальных, а позже, когда я стала ощущать себя по-другому, я не знала, как это изменить, как выбраться из этой ситуации».

Способность к словесному описанию визуальных образов широко варьирует как у пациентов, так и у терапевтов. Некоторым из них это дается легко. Другие могут найти иные подходы к скрытому смыслу сновидений (мы их обсудим позже). Однако пристальное внимание к воссозданным пациентами картинам способно помочь терапевтам в понимании психологической драмы, разыгрываемой каждым пациентом. Фрейд сравнивал визуальные образы сновидений с египетскими иероглифами, придающими письменному языку динамизм и живость. Когда пациент рассказывает сон, терапевту полезно постараться наглядно представить образы, о которых идет речь, чтобы попытаться оказаться внутри сновидения. Естественно, такая попытка может вызвать ряд вопросов. Если пациент упомянул о дороге, как мы можем узнать, похожа ли та дорога, которую мы себе представляем, на дорогу, которую имел

в виду пациент? Несколько позже, после того как пациент изложил материал сновидения, мы в процессе его интерпретации можем задать вопросы, направленные на уточнение его образов. По ходу визуального прояснения рассказ о сновидении расширяется. В какой-то степени сновидения используют и другие модальности ощущений, чтобы выразить замаскированные, скрытые мысли, но визуальная форма все равно преобладает.

Соединение психологического гения Фрейда с его склонностью мыслить при помощи наглядных образов привело к озарению, раскрывшему перед ним жизнь сновидений. Внимательное чтение работ Фрейда дает множество примеров того, как часто он прибегал к визуальным образам для выражения своих мыслей. «Катексис» описывается им как движение армии, в которой часть войска продвигается в авангарде, а все остальные находятся позади и удерживают тыловые позиции. Когда Фрейд дает инструкции для свободных ассоциаций, он предлагает пациенту вообразить себя сидящим у окна в движущемся поезде. Сидящий рядом с ним человек не может видеть панораму, открывающуюся за окном, и его представление о ней зависит исключительно от точности рассказа наблюдателя. Этот визуальный метафорический перевод является основной характеристикой экспрессивной и обманчивой природы сновидений.

Галлюцинаторное качество

Другим важным элементом сновидения является его галлюцинаторное качество, переживание реальности. Оно изменяется с изменением уровня и глубины регрессии во время сна. Некоторые сновидения настолько реальны, что при пробуждении мы бываем сильно удивлены, испытываем чувство изумления (а иногда облегчения), что «это всего лишь сон». В других снах наблюдающее Эго сохраняется, и мы можем следить за собой и за развитием сновидения. Во время сна поток сновидений никогда не прерывается и не включается на полную мощность; он лишь в большей или меньшей степени доступен для бодрствующего Эго. Этим состояние сна отличается от состояния бодрствования.

Мы часто не осознаем окружающих нас предметов, например, когда ведем машину, а потом удивляемся, как нам удалось, не заметив, преодолеть такое расстояние.

Галлюцинаторное качество полезно иметь в виду, чтобы уметь отличить ночные сновидения от снов наяву. В снах наяву, несмотря на высвобождение сил бессознательного, человек сохраняет способность сознательно контролировать свои мысли. Более того, сны наяву всегда остаются на психологическом уровне мыслей, а не галлюцинаторных переживаний.

Галлюцинаторное качество сновидений в совокупности с регрессивными элементами является для нас источником важной клинической информации. Сон возвращает человека к его прежней жизни, причем не просто к воспоминаниям, а к сильным переживаниям. Когда сны сочетаются с возвращением к прежним способам мышления, это помогает нам реконструировать влияние прошлого на настоящее.

Женщине приснилось, что она сидит за круглым столом со своими матерью и бабушкой. Сверху на стол просачивается и капает жидкость. Пациентка боится, недоумевает и испытывает сильную тревогу из-за этой жидкости. Она пытается сказать об этом матери и бабушке, но те не обращают на нее внимания и ведут себя так, словно ничего не случилось. Как только она начинает настаивать, они раздражаются. Поэтому ее испуг не проходит и она удерживает свои страхи в себе. Она чувствует себя одинокой и беспомощной.

Сновидение возвращает ее ко времени появления менструаций, которые начались у нее довольно рано. Мать не обращала на нее внимания и к этому ее не подготовила. Поэтому пациентка испугалась и не смогла свыкнуться с этим неприятным физиологическим фактом. То, что мать обращала мало внимания на потребности своей дочери, привело пациентку к серьезным конфликтам, связанным с зависимостью. Эти конфликты поддерживали ее депрессивные тенденции и чувство одиночества.

В процессе терапии этот сон вызвал живые воспоминания о том периоде жизни, о котором она забыла. Глубоко эмоциональный и в высшей степени правдоподобный,

он перенес пациентку на двадцать пять лет в прошлое, чтобы она могла почувствовать то, что чувствовала тогда, и ощутить влияние этих чувств на настоящее.

Сгущение, смещение и универсальные символы

Сновидение обладает замечательной способностью сжимать материал. Сильные и сложные жизненные переживания концентрируются в символической форме. Сгущение приводит к тому, что длительность сновидения сильно переоценивается по сравнению с его реальной продолжительностью. Символы используются в сновидениях как бессознательные механизмы, указывающие не только на переживания прошлого, но и на болезненные аффекты. Раскрытие значений символов, с одной стороны, освобождает воспоминания, а с другой — обнажает фрустрированные желания. Пациент проявляет сильное сопротивление полной интерпретации сгущенного символа сновидения. Он обычно способен раскрыть лишь те элементы, которые готово выдержать его Эго. Однако нет необходимости навязывать пациенту полную интерпретацию насильно; обычно это даже невозможно. Только в очень редких случаях при удачном стечении обстоятельств удается за время одного терапевтического сеанса раскрыть чрезвычайно конденсированный смысл одного сновидения.

Женщине приснилось, что она пришла в какую-то квартиру с привлекательным мужчиной. Войдя в помещение, он повернулся к ней и сказал: «Il faut parler français».

Пересказывая этот сон, пациентка была поражена тем смыслом, который заключался для нее в этой фразе. Перевод ее такой: «Нужно говорить по-французски». От французского языка она получала большое удовольствие. Она чувствовала себя свободной, когда жила во Франции. Эта поездка освободила ее от влияния доминирующей матери. Ее эмоциональность впервые проявила себя на французской земле. Более того, она сравнивала терапию у меня с разговором по-французски. Я учил ее языку свободы.

«Il faut» означает «нужно, необходимо». Эта фраза относилась ко всем навязчивым «нужно» ее существа,

к ее испуганному и зажатому правилами Я. Слово «faut» звучало так же, как «faux» («ложный»), и напоминало о фальшивой элегантности ее семьи. Укороченное «Il faut parler» — это «Il faut pa-» «ложный шаг» — нарушение социальных приличий. Чрезвычайно жесткая социальная структура ее семьи мешала ей наслаждаться жизнью, прежде всего любовными отношениями. «Faux pas» напомнил ей оговорку, имевшую гомосексуальное значение, которую она допустила в разговоре с подругой.

Французский язык вызвал у нее мысли о ее франкоговорящей тете, которую она любила больше матери, и о соперничестве с матерью. В связи с этим соперничеством нахлынули воспоминания. От многих мужчин она ожидала заботы, которая должна была заменить недостаток внимания со стороны матери. Мужчина из ее сна давал ей то, чего она не ожидала от матери и что хотела получить от меня в процессе терапии. Мать ненавидела пациентку за то, что она говорила по-французски: это означало независимость и выбор иных моделей жизни.

Сгущение соединяет множество желаний. Мужчина из ее сна был привлекательным (он походил на нескольких мужчин, которые ей нравились), говорил по-французски (как любимая родственница и как она сама) и играл роль, сходную с моей (одобрял ее эмоциональную свободу и сексуальность). Сплав прошлой жизни, жизни настоящей и жизни в терапии становится ощутимым, ярким и реалистичным, когда со сновидения снимается защитное покрывало. В сновидении концентрируются живые переживания наших исключительно сложных чувств по отношению к другим людям. Образ А похож на человека В, говорит, как С, чувствует, как D, и т. д., и все это одновременно. Скрытые мысли сновидения маскируются не только посредством визуализации, галлюцинации и сгущения, но и путем смещения (с заменой одного на другое) и использования универсальных символов.

Женщине снится, что она читает книгу о немецкой дипломатии XVIII века. Она ощущает сексуальное возбуждение, как если бы это был любовный роман.

После возвращения с урока истории ее очень заинтересовал разговор с привлекательным для нее молодым человеком. Ей нравились его легкие, вежливые и тактичные (дипломатичные) манеры. Ее голова была наполнена связанными с ним сексуальными фантазиями. Определенная конфликтность ее сексуальных чувств привела к смещению с молодого человека на замаскированную идею, представленную в сновидении в форме возбуждения от чтения.

Универсальных символов, которые появляются в сновидениях, не так много, и относятся они к типичным житейским переживаниям, общим для всех людей. Эти символы связаны с основными телесными ощущениями и восприятиями, сексуальными чувствами и переживаниями раннего детства. Например, когда мы были еще совсем маленькими, то относились к своим родителям как к гигантам. Точно так же образы королей и королев относятся к отцу и матери. Здания и их внутренняя обстановка — к телесным ощущениям. Протяженные в пространстве образы часто имеют фаллический смысл, тогда как сосуды, кошельки и другие вместилища часто символизируют женские половые органы. Сны о полетах, которые очень часто снятся мальчикам-подросткам, имеют отношение к эрекции. Ритмическая деятельность во сне часто связана с мастурбацией, а восхождение по лестнице — с половым актом. Большие водные пространства, такие, как реки или океаны, обычно относятся к раннему переживанию слияния, чаще всего — к слиянию с матерью.

Эти символы не объясняют сновидений. Они просто являются точками отсчета, отправными пунктами для заполняющих сновидения тем и предрассудков. Пациенту и терапевту они могут служить только намеками. Пациентам остается лишь уложить такие символы в единую канву с остальными ассоциациями, остатками дневных переживаний, темами, прорабатываемыми в данный момент в терапии.

Универсальные символы, наряду со сгущением, смещением, обманчивыми галлюцинаторными переживаниями и визуальной передачей скрытых идей, характеризуют

маскирующую природу сновидений. Бесконечные вариации этих процессов создают напряженную таинственность символической драмы. В терапии мы открываем части и фрагменты таких процессов — только и всего. Полная интерпретация многочисленных смыслов сновидения является скорее исключением, чем правилом. Пожалуй, примером такой интерпретации может являться полностью завершенное лечение.

Особая роль аффекта

Первичные процессы образования сновидений (сгущение, смещение, конкретная метафора) обладают безграничными возможностями по преобразованию идей. Редко одна и та же идея существует в одной и той же форме в двух разных сновидениях. Даже в повторяющихся снах можно найти некоторые различия. С аффектами дело обстоит иначе.

Сны не способны полностью маскировать аффект. Он может присутствовать, отсутствовать, возрастать, снижаться или видоизменяться (например, истерическое отвращение вместо сексуального возбуждения). Подобными изменениями ограничиваются возможности сновидения по маскировке аффекта. С клинической точки зрения это исключительно важно: ведь аффект всегда относится к какому-то реальному эмоциональному переживанию! В мрачном таинстве сна аффект становится тем лучом, который приносит в мир фантазии свет реальности.

> Женщина рассказывает длинный и чрезвычайно сложный сон, включающий в себя образы еще двух других женщин. Одна из них спала в одной постели со сновидицей, и в сновидении пациентка обнаружила, что эта женщина ласкает руками ее половые органы. Хотя это было приятно, ей не нравилась эта женщина. В этом сновидении были также ее мать и ее мужчина; при этом сюжетная линия сна была очень длинной.
>
> Попытки интерпретировать этот длинный сон не имели большого успеха. В конце концов я вернулся к аффекту

«это было приятно». Пациентка стала живо и заинтересованно размышлять на эту тему. «Это приятно» — такое чувство она испытывала при мастурбации. Этот аффект вызвал у пациентки еще и чувство фрустрации по отношению к женщинам, первоначально направленное к матери, а сейчас ощущаемое в переносе. Основная волна аффекта теперь вернулась, омыв собой все содержание сновидения и все его образы. На этом аффективном фоне пациентка смогла соотнести женщин в сновидении с материнскими и женскими конфликтами, а также с переносом.

Часто бывает так: пациент отмечает, что видел сон, но при этом не может ничего вспомнить из его содержания. Иногда вопрос о пережитом аффекте обнаруживает, что пациент помнит об этом аспекте сна. Даже если аффект не вспоминается, то вопрос: «Было ли у вас «хорошее» или «плохое» ощущение?» — может помочь в получении какого-то ответа. Затем мы можем сделать следующий шаг: «Когда вам вспоминается это чувство, что при этом приходит в голову?» С клинической точки зрения совершенно несущественно, что содержание сна раскрывается именно таким образом. Нас интересует элемент, оказывающий наибольшее давление на пациента. И аффект является лучшим указателем на это переживание.

Дневные остатки

Как исторический документ сон хранит в себе не только события далекого прошлого, но и скрупулезные, с точностью до минуты, записи текущих событий. Особенно часто он включает в себя события, происходившие в предшествующие двадцать четыре — сорок восемь часов. Мы называем этот материал дневными остатками. Они чрезвычайно важны по нескольким причинам. Во-первых, они позволяют нам увидеть самые актуальные, самые жгучие проблемы пациента. С прагматической точки зрения прошлое важно лишь постольку, поскольку оно объясняет будущее. Пациент обратился к терапевту прежде всего для того, чтобы тот помог ему в повседневной жизни. Дневные остатки фокусируют главные конфликты, затронутые событиями

текущего дня. Это клинический магнит, указывающий, какой нам сделать выбор, куда направить наше терапевтическое внимание.

> Женщине приснился длинный запутанный сон, действие которого происходит на вечеринке. Она знает, что там находится ее муж, но никак не может там его найти, поэтому порой думает, что на самом деле его там нет. Она расстроена и зла на хозяйку, которая пригласила целую толпу людей, но скрывает свое недовольство, поскольку хозяйка — ее подруга и она не хочет ее обидеть.
>
> Пациентка и ее муж действительно были на шумной вечеринке с большим числом приглашенных. Она не потеряла его там физически, но весь вечер чувствовала его отстраненность. Эта проблема была типична для их брака в целом: казалось, что муж психологически то приближается к ней, то отдаляется от нее. Сокрытие ею своих чувств от хозяйки было смещенным сокрытием чувств от мужа. Ей нравился муж как спутник, как друг, но она смертельно боялась обидеть его, сказав о своих сомнениях относительно жизнеспособности их брака.

Разобраться в дневных остатках очень важно с клинической точки зрения. Мы всегда испытываем сильное желание быть на самой грани сознания пациента и его переживания. Когда мы приближаемся к ней, наши комментарии направлены прямо на актуальные проблемы пациента. Мы можем быть одновременно интеллектуально понимающими и эмоционально сочувствующими. Подобно дереву, корни которого скрыты, а источник питания удален на определенное расстояние, в то время как его видимая часть расположена над землей, бессознательные устремления пациента наиболее заметны в дневных остатках. Итоговым результатом нашей прошлой истории является наша жизнь в настоящем. Сон дразнит нас мириадами фактов из повседневной жизни, помещая их в основную канву своей запутанной тематики, чтобы наилучшим образом выразить наши актуальные проблемы.

Среди этих проблем наиболее интересной для терапевта является перенос. Как уже отмечалось в нашем обсуждении, на определенной стадии лечения клинический

перенос кристаллизуется. Когда терапевт начинает играть такую важную роль для пациента, очень часто и он сам, и аналитический сеанс становятся основным содержанием дневных остатков. Пациент часто думает о терапевте и терапии. Если вы регулярно встречаетесь с пациентом в процессе интенсивной терапии, то приблизительно по истечении года почти все его сновидения будут так или иначе содержать отношения переноса.

Сон как комментарий к психотерапии

Даже на ранней стадии терапии сны пациента будут отражать множество связанных с началом лечения чувств, о которых он мог и не подозревать или проявление которых тормозил.

> В первый месяц лечения мужчине приснилось, что он сел в поезд, который, как ему казалось, идет со всеми остановками. Он вдруг понимает, что это экспресс, испытывает страх от нарастающей скорости и боится, что пропустит свою остановку. Он не может найти кондуктора, который занят с другими пассажирами.

Здесь я мягко предположил: пациент, наверное, беспокоится, что я буду слишком быстро продвигаться в терапии, что я отправлю его в те психологические области, к которым он еще не готов, и он потеряет контроль над темпом движения. Он был старшим ребенком в семье и не мог добиться внимания от своей матери, которая была занята его братьями и сестрами.

> После первой недели терапии женщине приснилось, что она еще очень маленькая и находится в центре ледяной проруби. Вода холодная и начинает застывать. Она старается вскарабкаться на край и постоянно соскальзывает вниз. Она в панике и испуге.

Сон оказался полезным, поскольку позволил быстро обнаружить присущие этой женщине страхи изоляции, брошенности, а также страх, что я буду холодным и унижающим и превращу ее в застывшую личность. Сознательно пациентка стремилась к лечению, испытывая энтузиазм

в отношении его начала. Сон помог нам осознать ее страх, что терапевт будет вести себя, как ее мать: холодно, унижающе и невосприимчиво к ее личностным особенностям.

В ранних сновидениях часто проявляются тревоги и надежды, связанные с лечением. Начало терапии оказывает огромное воздействие и стимулирует многие уровни эмоциональной жизни. В качестве важного дневного остатка оно часто находит яркое выражение в снах. Некоторые типичные образы принимают *форму путешествия* — долгого путешествия в поездах, самолетах, автомобилях, автобусах или лодках, перемещения из одного места в другое, выражающего ожидание психологических изменений от одного состояния к другому; *форму хранилищ* — музеи, чердаки, мусорные контейнеры, заброшенные дома, все, что выражает прошлое, а также то, память о чем человек хранит в каком-то заброшенном углу своей души; *источники удовольствия* — парки развлечений, фильмы, театры, игровые площадки, помещения для занятий спортом, те места, где находят свое выражение и удовлетворение многие инфантильные импульсы; *табу* — посещение странных помещений, зданий и мест, других стран, борделей, ванных комнат — все это фокусировка на запретах против скрытых импульсов, которые ищут своего удовлетворения в лечении.

Сон обладает бесконечными возможностями выражать идеи пациента, связанные с его лечением, и все перечисленное выше представляет собой не более чем краткое описание возможных форм выражения сновидений, существующих в начале лечения. Упоминание об этом может помочь пробудить восприимчивость терапевта по отношению к близким к осознанию тревогам пациента.

Дверь в бессознательное

В приведенных примерах читатель может заметить, что все комментарии относятся к явному содержанию сна, то есть к сновидению, как его рассказывает сам пациент. Здесь не делается какого-то особого акцента на латентных мыслях, гипотетических идеях и импульсах, скрытых за явными образами сновидения. Часто в начале терапии

сны пациента отражают в первую очередь сам процесс лечения, ибо именно на это в основном направлены его внимание и комментарии. Если он все же не начинает говорить об этом, тогда можно помочь ему, сказав, что в сновидении могли найти отражение его чувства по поводу начинающегося лечения, что обычно помогает начать разговор о материале сна. Как правило, на ранних стадиях психотерапии не следует исследовать материал сновидения слишком детально. Детальный анализ сна увлекает терапевта к глубинам материала, который в начале лечения будет воспринят скорее интеллектуально, чем аффективно, и почти наверняка не сможет быть интегрирован.

Однако важно все-таки прокомментировать как-то для пациента эти его ранние сны, которые обычно указывают на желание раскрыть терапевту свое бессознательное. Сон — это сильная и концентрированная доза бессознательного материала. Даже если у нас нет хотя бы смутной идеи, что может означать сон, ибо мы не слишком хорошо знаем пациента, надо сказать по крайней мере следующее. Мы можем вкратце отметить, что сны являются важным материалом для обсуждения, что хотя сон на данный момент непонятен, но, когда мы будем знать больше, мы, вероятно, к нему вернемся. Или же мы можем сказать, что, по всей вероятности, тот же материал может вновь появиться во сне, который приснится позже. Однако, если мы не скажем ничего, пациент подсознательно или бессознательно почувствует, что терапевта не интересуют ни сны, ни иррациональное мышление. Сны, которые пациент видит на первой стадии лечения, служат тому, чтобы терапевт проверил восприимчивость пациента к бессознательному.

Когда я даю терапевтам такие рекомендации, меня часто спрашивают: «Не слишком ли мы тем самым внушаем пациенту, что он должен видеть сны?» Разумеется, это внушение, но я сомневаюсь, что оно является слишком сильным. Значительная часть психотерапии — это внушение. Фрейд был первым, кто это отметил и многократно повторял. Он упоминал о внушении, вызванном любовью в переносе; пациент чувствует, что, вынося тяготы лечения, он в результате получает удовлетворение своей любви

в переносе. Однако я имею в виду даже более простые формы внушения. Мы внушаем пациентам, что будет полезно, если они будут нам рассказывать о всех своих мыслях, что они должны регулярно приходить на сеансы, рассказывать нам свои фантазии, дневные грезы и чувства, которые они могут к нам испытывать. На ранних стадиях лечения, когда мы объясняем пациенту его роль, мы можем упомянуть в этом разговоре о важности сновидений и о том, что их обсуждение на аналитических сеансах уже принесло большую пользу другим пациентам. Фрейд так поступал постоянно.

Первые психоаналитики считали, что психоанализ — это прежде всего анализ сновидений (хотя этот крайний взгляд недооценивал значение психологии Эго и анализа защит). Раньше считалась очень сомнительной возможность достижения успеха в лечении, если пациент не видит снов. В процессе терапевтической регрессии человек может исследовать запретные и конфликтные импульсы, поскольку они усиливаются, делаются более направленными и заметными. Важнейшим источником уверенности в этом служила постоянная ночная регрессия в сновидениях. Здесь всецело царствовал первичный процесс. Маскировка сновидения и осознанная реакция на него раскрывают адаптивную и защитную стороны Эго. В результате такой периодической смены фокуса вся человеческая личность в целом вовлекается в лечение.

Многое можно почерпнуть из того повышенного внимания, которое уделяется сновидениям в работах первых аналитиков. Для Фрейда жизнь сновидения была основой основ. В ситуациях сомнения или путаницы правильная интерпретация сновидения способствовала восстановлению его уверенности. Первые психоаналитики использовали сны, как опытный химик использует цвет для определения невидимого действия молекулярных сил. Если сон не мог подкрепить клинические предположения терапевта или даже опровергал их, это означало, что терапевт шел по ложному пути. Работа со сновидениями была бесконечно многообразной: диагноз, прогноз, оценка воздействия интерпретаций, раскрытие событий прошлого, прослеживание актуальных конфликтов, проявляющихся

в дневных остатках, наблюдение за развитием и состоянием переноса, обнаружение изменений в структуре личности и контроль за тем, как происходит процесс завершения терапии.

Диагноз

Хотя обычно невозможно поставить человеку диагноз по одному сну, серия сновидений в течение определенного периода времени часто обнаруживает стабильные особенности.

> После шести месяцев лечения женщина жаловалась, что терапия ей не помогает. Она ощущала беспокойство и подавленность и считала меня отстраненным и пассивным. Было трудно сказать, находилась ли она в состоянии слишком глубокой регрессии или же это была начальная стадия ожидаемого негативного переноса. В течение нескольких недель пациентка описывала сны такого типа: она идет по городу, тротуар проваливается, и на нее рушится огромное здание; на город падает атомная бомба, люди гибнут, в живых остается только она одна; она сидит в автомобиле, он загорается, огонь перекидывается на нее. Она видит, как чернеет и обугливается ее кожа. Какая-то рядом стоящая женщина смотрит на нее снаружи, но ничего не делает, чтобы ей помочь.
>
> Такие сны, сопровождаемые аффектом ужаса, выявили всю глубину тревоги и смертельного страха, который не находил своего выражения в словах на наших сеансах. Я изменил свою технику и стал более активным, присутствующим и поддерживающим. Такое изменение в моем поведении помогло пациентке перенести боль, вызванную переносом.

Важно подчеркнуть, что одного сна, как правило, недостаточно, чтобы поставить диагноз относительно состояния психики в целом. Поскольку мы все способны к значительной регрессии в сновидениях, любой сон здорового человека иной раз невозможно отличить от сна психотика. Это особенно справедливо, если этот человек подвергается внезапному сильному стрессу, такому,

как смерть любимого человека, разбитая любовь, переезд в новый дом или какой-то иной жизненный кризис.

Так, например, молодой врач рассказал мне, что в ночь перед началом своей интернатуры он увидел во сне, что снова находится в медицинском институте и сдает государственный экзамен. Он не понимает вопросов и чувствует ужас от своей неподготовленности. Он выходит из комнаты, чтобы пойти в библиотеку, сбивается с пути и ощущает себя совершенно одиноким и беспомощным. Он просыпается в сильной тревоге. Это типичный предэкзаменационный сон. На самом деле в медицинском институте он был выдающимся студентом, всегда прекрасно готовился и отлично сдавал экзамены. Назначение этого сна состояло в том, чтобы поддержать сновидца: «Точно так же, как не было причины бояться плохих результатов в медицинском институте, так и с интернатурой все будет хорошо». Изоляция и одиночество (состояние, которое часто можно обнаружить в сновидениях психотиков) в данном случае свидетельствуют об обратном — о способности использовать то, что тебя окружает, и доверять миру.

Прогноз

Пример прогностической ценности сновидений приведен в клинической истории знаменитого пациента Фрейда Вольфсманна. В изначальном детском сне Вольфсманна была такая картина: через открытое окно сидящие на дереве волки смотрели на объятого ужасом мальчика. Это происходило в зимнюю ночь. Когда Фрейд заболел раком и не мог принять Вольфсманна, обратившегося за консультацией через несколько лет после завершения терапии, он направил его к доктору Рут Мак-Брунсвик. Во время лечения Вольфсманн стал паранойяльным психотиком, и доктор Мак-Брунсвик боялась за свою жизнь и за жизнь Фрейда: Вольфсманн угрожал убить их обоих. В этот момент ему приснилась новая, проясненная версия его старого сна. Изменилась окружающая обстановка: теперь стояла летняя погода; больше не было ужасных волков, и ветви деревьев переплелись в нежных объятиях. Доктор Мак-Брунсвик корректно интерпретировала этот сон следующим образом:

пациент проработал основные конфликты, и скоро этот результат станет очевиден. После короткого периода дезорганизации пациент начал компенсироваться. Прогностический характер сна наиболее ясен, когда он отражается в изменении содержания повторяющихся сновидений.

Оценка терапевтических изменений

Изменения в повторяющихся сновидениях делают очевидными устойчивые и существенные изменения в структуре личности.

> Молодой человек, который был почти шизоидным в своих межличностных отношениях, начал лечение, утверждая, что сны приводят его в недоумение. В его сновидениях не было человеческих персонажей, а их смысл ускользал от него, несмотря на то, что они вызывали много болезненных чувств. Спустя год после того, как установился перенос, он удивился, обнаружив в своих снах человеческие персонажи. Спустя еще несколько лет он был ошеломлен, поняв, что знает, кто эти люди, и смог начать о них говорить. К этому моменту его жизнь сильно изменилась, а его социальная адекватность вернулась к тому же уровню, который он имел на более раннем этапе своей жизни.

> В снах одной женщины ее квартира не имела ни дверей, ни стен. Казалось, люди везде ходили свободно и не имели никаких тайн. Она страдала от наполненного виной симбиоза с матерью, имевшей сильные психические отклонения. Когда она начала движение к отделению от матери, в снах произошли сдвиги. Появились двери, у помещений были стены и границы. В одном очень позднем сне она имела квартиру в одной части города, а мать — в другой. Она не могла припомнить, чтобы раньше у нее был такой сон.

Вера в бессознательное

Сновидения несут информацию относительно бессознательного пациента не только терапевту, но, как правило, и самому пациенту. Несмотря на всеобщую образованность

и культурные достижения, общество сохраняет веру в мистическую достоверность снов. Многие люди начинают относиться к терапевтическому прогрессу более серьезно, если видят изменения в своих снах. Сны очень ригидных, казалось бы, не способных к воображению, обсессивных людей поставляют им важные для них данные. Так, один мужчина жаловался мне, что он безнадежен. Он ощущал себя ригидным и неэмоциональным, но постепенно стал убеждаться в том, что он — заметная, интересная личность, хотя и повязан смирительной рубашкой навязчивости. Используя сновидения — неопровержимые доказательства, я смог продемонстрировать ему, как в дневной жизни он защищался от мыслей и чувств, которые прорывались ночью.

Оценка возможности завершения терапии

Сны, которые пациент видит в период, близкий к стадии завершения терапии, имеют особое значение. Часто они не только свидетельствуют об успехе лечения, но и обнажают неудачи и неудовлетворенность терапией.

> Ближе к окончанию лечения женщине приснилось, что у нее на макушке появился пенис. У окружающих это вызывало смущение, но она, казалось, его не замечала.
>
> Эта женщина говорила мне, что у нее плохой характер. Необычные черты ее личности смущали окружающих, но только не ее саму. Спустя несколько лет эта пациентка вернулась, чтобы продолжить терапевтическое разрешение этой проблемы.
>
> Женщина, прекратившая терапевтический процесс по «внешним» причинам (она должна была переехать, чтобы соединиться со своим возлюбленным), вздремнула перед своим последним сеансом. Ей приснилось, что она должна мне деньги и что она пропустила свой последний сеанс.
>
> Действительно, она опоздала на последний сеанс и выписала мне чек, который банк отказался принять. Дорогой урок в толковании сновидений!

После того как совместное решение о завершении терапии принято и дата установлена, сны указывают на бессознательное отношение пациента к этому решению.

Мужчина, которого обычно во сне преследовали и мучили, после решения о завершении терапии увидел себя во сне кровожадным пиратом. Свободный повелитель морских просторов, он чувствовал себя искателем приключений и хозяином своей судьбы.

Женщине в процессе терапии постоянно снилось, что она не может войти в какие-либо здания. На стадии завершения терапии она нашла вход, но не могла найти выход. Во время последних недель лечения она стала искать способы не только, как куда-то войти и что-то обследовать, но и как выйти обратно.

Аффекты, связанные со сновидениями, ведущими к *разрешению*, приносят экзальтацию, облегчение и ощущение благополучия.

Если лечение было длительным, то большое количество снов на стадии завершения терапии будет связано с темами потери и расставания независимо от того, насколько успешным было лечение. Это обстоятельство оказывается полезным, если пациент сознательно отрицает потерю; кроме того, оно будет способствовать переживанию горя тем пациентом, который осознает значимость завершения терапии. Такие сновидения пробуждают историю прошлого, чтобы соединить потери в прошлом с потерями в настоящем.

Мужчине приснилось, что он смотрит в окно и видит своего брата в доме напротив в большой квартире. Там много пустых комнат. Пустые комнаты символизируют всех мертвых членов его семьи. Сейчас остался в живых только один его брат, с которым у него нет близости.

Завершение терапии таило для него угрозу поставить меня в положение его отчужденного брата, оставив его самого одиноким наблюдателем, находящимся вне жизни (в квартире). Именно так он себя чувствовал после многочисленных смертей в своей семье.

Такая грусть в сновидении погружает пациента и терапевта в детские страхи, которые пробудились вновь вследствие предстоящей потери.

Состояние переноса и его связь с прошлым

Самые важные желания и конфликты прошлого направляются на личность терапевта. Сильно сгущенные события и мотивы прошлого, которые встроены в перенос, находят живое проявление в фантастической природе снов. Терапевт и пациент как будто ходят в кино и получают возможность вместе посмотреть свою общую драму.

> Женщине, которая часто путалась в своих чувствах ко мне, приснились два сна: (1) Она показывает свои половые органы акушеру-гинекологу. Они огромны и заполняют собой все. (2) Ее любимая няня работает за прилавком и делает шоколадные пирожные. Пациентка стоит рядом и смотрит.

У парных сновидений существует особая структура. Все, что скрыто в первом (латентные мысли), проявляется во втором. В первом сне желание быть любимой благодаря своим сексуальным качествам скрывает другие эксгибиционистские желания, которые проявляются во втором. За сексуализированным отношением к образу отца в первом сновидении скрывается материнский образ женщины, делающей пирожные. Ассоциации пациентки к этим снам (в течение многих сеансов) были связаны с многочисленными родами ее матери. Пациентка была старшей из десяти детей. Ее детство прошло на задворках. Мать фиксировала свое внимание на каждом следующем ребенке. Пациентка проводила много времени, наблюдая за тем, как мать меняет пеленки (шоколадные пирожные) и присыпает пудрой ее братьев и сестер. Ей хотелось получать от матери такое же внимание и заботу, чувствовать на себе ее «заботливый» взгляд, но она должна была довольствоваться тем, чтобы просто стоять и смотреть. Позже она стала заменять мать для своих братьев и сестер, и у нее никогда не было возможности почувствовать себя ребенком, о котором кто-то заботился. Демонстрация своего влагалища мне выражала фрустрацию маленькой девочки, наблюдавшей за тем, как мать припудривает, пеленает, похлопывает и вытирает попки ее братьев и сестер. Шоколадные пирожные символизировали множество выделений кишечника, с которыми

возилась ее мать, ухаживающая за братьями и сестрами. В сновидении они были представлены толпой людей у прилавка.

Чувство фрустрации ребенка в прошлом, которое продолжало проявляться в настоящем, нашло свое явное отражение в переносе. Кроме сексуальных желаний, она испытывала также потребность попасть в центр моего внимания, заставить меня просто смотреть на нее, восхищаться ею и позволить ей занять главное место. Пациентка сознавала свои «детские» желания ко мне, которые приводили ее в смущение. Для нее было спокойнее думать обо мне, имея в виду чисто сексуальные отношения. Сновидение дало возможность этим материнским потребностям вступить в трансферентный диалог.

В целях иллюстрации я упростил процесс интерпретации этих двух сновидений. В них было много сгущений, заставлявших нас работать над ними много сеансов, возвращаясь к разным образам. Со сном не следует работать только на одном сеансе. Часто к снам возвращаются в ассоциациях на следующих сеансах, и в последующих сновидениях прослеживаются те же темы. Сопоставление сновидений с текущим материалом убедительно показывает постоянство и согласованность бессознательных влечений и запретов. Как и в рассмотренном парном сне, это создает основу для концептуального утверждения, что прошлое оказывает влияние на настоящее. Являясь дорогой к восстановлению событий в прошлом, сны имеют не только эвристическую ценность, давая толчок гипотезам, но и убеждают пациента путем наложения событий прошлого на образы настоящего.

Много дорог ведет в Рим

Ни один пример не может полностью раскрыть технику толкования сновидений. Каждый пример, как и клиническая реальность, приоткрывает лишь небольшое окно, позволяющее видеть только часть изменчивой сцены. Иногда мы можем дать к сновидению лишь краткий комментарий, как в начале лечения. Или же в случае сложного парного сна, наподобие отмеченного ранее, может быть

прокомментирована только самая характерная черта — материнский перенос. В этом случае мы вернулись к сексуализированному содержанию переноса пациентки лишь на более поздней стадии лечения. Актуальные клинические потребности и восприимчивость пациента определяют уровень интерпретации сновидения.

Между разными терапевтами существуют различия в интерпретации сновидений. Годы преподавания метода интерпретации сновидений позволили мне оценить разнообразие терапевтических когнитивных стилей. Некоторые терапевты превосходно переводят конкретный визуальный образ в лингвистическую метафору (часто они сильны в словесных каламбурах). Другие терапевты, наоборот, не очень чувствительны к визуальным образам, но воспринимают скрытый или выраженный в сновидении аффект. Терапевты интеллектуального типа могут формулировать психодинамическую гипотезу, которая будет в равной степени продуктивна. Некоторые терапевты искусно следуют сюжету сновидения; они сводят сон до повествования, которое включает в себя конфликт. Еще одна разновидность терапевтов имеет чрезвычайно острую реакцию на странное слово, звук или ситуацию. Еще один подход к интерпретации сновидений связан со стимулирующим эффектом дневных остатков. Ценность его заключается в том, что он открывает доступ к конфликтам, существующим в сознании. Многие терапевты следуют основному подходу Фрейда, давая возможность свободным ассоциациям вести их к очевидным выводам.

Ни одна терапевтическая техника не превосходит другую, если подход аналитика основан на ведущей когнитивной способности и стиле и отточен на практике. Большинство психотерапевтов используют комбинированные подходы, при этом каждый из них делает характерный для себя акцент, используя какой-то из методов в большей степени, чем другие. Учась интерпретировать сновидения, очень полезно попытаться понять сон, рассматривая его в разное время с разных точек зрения. Такая попытка расширит и углубит способность терапевта реагировать на материал сновидения, даже если он в конце концов предпочтет работать в каком-то одном стиле.

Существуют ли правила для интерпретации сновидений?

Интерпретация сновидений — задача столь же сложная и неоднозначная, как и вся психотерапия в целом. Для первоначальной ориентировки мы можем порекомендовать следующую схему, имея в виду, что умение работать со снами будет возрастать со стажем и опытом и приведет к множеству творческих нововведений и индивидуальных вариантов техники.

Когда пациент впервые рассказывает свой сон, терапевту рекомендуется молчать. Сновидение — это девственный продукт бессознательного. Надо попытаться увидеть, какое направление выберет пациент в процессе сознательного представления сна. Мы хотим, чтобы нас вели сознание пациента и его сопротивление, и не надеемся ни на то, что подберем к пациенту готовый ключ, ни на то, чтобы как-то направлять его материал. Итак, сначала мы слушаем. С чем связывает пациент свой сон, начинает ли интерпретировать его, возвращается к дневным остаткам либо следует за аффектом сновидения или за тем аффектом, который был вызван пересказом сна? Способность терапевта следовать за пациентом проверяется во время изложения материала сновидения.

Предположим, пациент рассказывает сон, а затем, как нам кажется, не обращает на него внимания и начинает говорить о другом. Не прерывайте его. Часто через пятнадцать или двадцать фраз терапевтической дороги пациент осознает, что все сказанное относится к сновидению, и начнет соединять материал. Таким способом пациент проработает некоторое поверхностное сопротивление.

С другой стороны, может пройти десять или пятнадцать минут, и пациент уже никогда не вернется к открытому обсуждению материала сновидения. Чрезвычайно важно указать ему на это обстоятельство, обращаясь тем самым к его предсознанию. Мы хотим оказаться восприимчивыми к бессознательному материалу. Кроме того, мы работаем с поверхностным сопротивлением пациента к обсуждению материала сновидения. В этой работе обязательно следует учитывать разные мотивы и чувства, связанные

с возможной неудачей. Важно сфокусировать свое внимание на сопротивлении сновидению и попытаться его понять, прежде чем сконцентрироваться на самом содержании сна. И снова мы делаем все возможное, чтобы не штурмовать защиты пациента, а двигаться так, чтобы он мог выдержать психическое напряжение.

Несмотря на все наши усилия, пациенты могут не принимать во внимание свой сон или же не иметь никакого понятия о том, что он означает. Если такая реакция происходит на раннем этапе терапии, мы предлагаем пациенту, чтобы он поразмышлял о выделенном нами элементе сна, о предполагаемом конфликте, о рассказанном аффекте. Короче, мы оцениваем ситуацию в меру своего понимания. Если в сновидении появился слон, мы могли бы спросить у пациента: «Что приходит вам в голову при виде этого слона?» Такой же подход можно применить при работе с аффектом или с конфликтом, или с каким-либо другим символом, который в данный момент кажется вам важным. «Наивному» пациенту важно дать первоначальные представления об анализе снов. Пациент может использовать их при сопротивлении, но на начальной стадии лечения они необходимы. Не ждите, что пациент узнает о технике интерпретации сновидений под влиянием божественного вдохновения.

В самом худшем варианте развития событий пациент будет демонстрировать свою полную неосведомленность в отношении сна. Не ощутив никакого просвета, мы заметим ему, что некоторая часть его психики довольно активна. Сон создает такие аффекты и сюжеты, о которых сознательная часть пациента, кажется, совсем ничего не знает. Возможно, говорим мы, несколько позже в процессе нашей работы мы вернемся к этому сну или его образам, когда станем лучше понимать некоторые вещи. Пациент должен иметь ясное представление, что терапевта интересуют сновидения, даже те, которые совершенно непонятны.

Поскольку я уже отметил сопротивление, возникающее в процессе интерпретации сновидений, давайте вспомним и о том, что сны могут быть использованы не только для общения, но и с целью сопротивления и затушевывания ситуации.

Молодой человек занимался аналитической психотерапией с психоаналитиком, которого посещал два раза в неделю в течение двух лет. Завершение терапии было вызвано необходимостью переезда в другой город. На предпоследнем сеансе психоаналитик заметил пациенту, что за время их двухлетней совместной работы тот ни разу не рассказал ни одного сна. Пациент счел это замечание интересным и заслуживающим внимания. На следующем, последнем сеансе он рассказал длинный сон. Его пересказ занял больше сорока девяти минут. Времени едва хватило на то, чтобы пожать друг другу руки и попрощаться. В тот момент пациент почувствовал удовольствие, что смог своим сном ответить на запрос терапевта.

Во время консультации с другим терапевтом в другом городе пациенту стало ясно, что предыдущий терапевт вызвал у него ярость своей критикой его как пациента. Пересказ содержания сна имел значение не столько для передачи бессознательного, сколько для того, чтобы «уделать» терапевта. Дело не в том, что он был плохой пациент, а в том, что терапевт был негодным, поскольку он не мог интерпретировать сны (особенно – длинные!).

Когда сновидения используются таким образом, важно сместить фокус с бессознательного значения содержания сна на его применение в переносе. Такое использование снов может принимать разные формы. Нередко бывает, что пациенты рассказывают очень длинные сны или серию снов перед отпуском терапевта. Такое поведение часто представляет собой попытку пациента продемонстрировать, насколько ему нужен терапевт, чтобы он никуда не уходил. Или же это может значить: «Посмотрите, какой я интересный; не забывайте обо мне!» Здесь может быть много значений, но смысл один: в отношениях переноса необходимо фокусироваться на пользе, которую приносят сновидения. Если пациент почувствует, что терапевт проявляет к снам особый интерес, он получит их в изобилии. Это обстоятельство должно быть связано с потребностью доставить удовольствие или занять привилегированное положение, или иметь еще какой-то смысл

с точки зрения индивидуальной динамики пациента. С другой стороны, я часто наблюдаю, что некоторые пациенты, видя мой особый интерес к снам, предпочитают не рассказывать их. Иногда ими движут паранойяльные страхи, злость, зависть или желание доказать, что они меня заинтересуют, даже если не будут рассказывать сны. Удержание становится тестом на способность к принятию. К этим сопротивлениям — применениям сна в трансферентном конфликте — следует обращаться до интерпретации содержания сновидений.

Заключительные замечания

Психология сновидений и клинический метод, позволяющий проникнуть в их тайны, явились неиссякаемыми источниками психоаналитических открытий. При объяснении снов можно обнаружить влияние прошлого на настоящее (в особенности как это раскрывается в переносе), а также причуды и уловки первичных бессознательных процессов. Для внимательного клинициста сны являются бесценным материалом для того, чтобы разобраться в душевной жизни пациентов. Аналитический метод во многом пытается обратить сам терапевтический сеанс в состояние квазисна путем создания ситуации контролируемой регрессии. Иногда терапевт может поразмышлять о непонятном для него сеансе так: представить, что можно было бы подумать об этом недавнем странном сеансе, если бы это был сон. Что нашло явное выражение, что осталось скрыто? Где сгущение, где смещение, где ведущий аффект? Такое превращение дня в ночь, а ночи — в день вновь поразит терапевта тем просветляющим воздействием, которое оказывает таинственный процесс сновидений.

Глава 12. Пол и личность терапевта: Все ли терапевты одинаковы?

Перенос оказывает на терапевта очень сильное воздействие. Поскольку пациент приписывает терапевту разные роли, в голове терапевта может возникнуть некоторая неразбериха. Терапевт может задаться вопросом: действительно ли моя реальная личность настолько напоминает личность отца пациента, что мы можем соблюдать с ним соответствующую дистанцию и характер отношений? Если в поисках заботы женщина всегда вступает в гиперсексуализированные отношения с мужчинами, не лучше ли начинать терапию с женщиной-терапевтом? Может ли мужчина помочь женщине, которая перенесла сильную депривацию со стороны женских фигур в раннем детстве? Может ли женщина-терапевт стать подходящим терапевтом для мужчины, потерявшего отца в самый критический период своего развития? С кем следует проходить терапию мужчине-гомосексуалисту: с мужчиной или с женщиной? Определенные установки по отношению к этим вопросам могут помочь нам сохранить равновесие, когда причудливые сноподобные отношения переноса начинают приписывать нам другой пол и несвойственные нам личностные качества. Такие дилеммы часто возникают на первых консультациях, когда приходит время рекомендовать терапевта.

Влияние пола терапевта

Как правило, пол терапевта не оказывает решающего влияния на становление и развитие переноса. Однако возникает вопрос, что именно имеется в виду под «становлением и развитием переноса», ибо нет никаких сомнений в том, что пол будет воздействовать на переживания пациента в психотерапии. Проявления переноса —

объекты, на которые направлена любовь и ненависть, — будут явно зависеть от полового состава терапевтической пары. Следующий клинический пример прояснит, что я имею в виду.

Разведенная женщина, мать двоих детей, без малейшей склонности к лесбиянству, в течение трех лет проходила у меня курс терапии. При углублении переноса она стала все чаще вспоминать конец подросткового возраста и соответствующую этому периоду эмоциональную отстраненность ее матери. В ее фантазиях и снах стала появляться тема гомосексуальных отношений, которая свидетельствовала о сильном стремлении сближения с женщиной, проявляющей по отношению к ней заботу и внимание. Несмотря на то, что все годы терапии я воспринимался пациенткой как стабильный, надежный, всегда доступный, заботливый человек, на которого она всегда могла опереться, по отношению ко мне у нее не возникло никакого сексуального лесбийского чувства.

В течение нескольких месяцев эта женщина постоянно возвращалась к привлекательной для нее идее махнуть рукой на мужчин и стать лесбиянкой. Она долго испытывала фрустрацию и гнев в отношениях со своим любовником. Несколько ее разведенных подруг стали лесбиянками. Работая над снами и фантазиями, мы исследовали ее влечения к женщинам, которые привлекали ее внимание в повседневной жизни. В гомосексуальных отношениях она надеялась заново обрести свою мать и таким образом избавиться от ощущения своей женской неполноценности.

В процессе исследования, интерпретации и разрушения фантазии о женской неполноценности гомосексуальные влечения пациентки стали увядать и, наконец, полностью исчезли. К тому же они перестали проявляться в содержании ее снов и фантазий. В ее сексуальных отношениях с любовником наступило улучшение, особенно когда для нее прояснились материнские черты в его характере и поведении. Они были в чем-то аналогичны материнскому теплу, которое она ощущала в своем переносе на меня.

Мужчина в роли женщины, женщина в роли мужчины

Не так уж редко бывает так, что мужчина-терапевт начинает ощущать на себе воздействие инфантильных, доэдиповых материнских переносов со стороны пациенток. Все безопасные и заботливые элементы терапевтической обстановки напоминают о заботливом и безопасном окружении, существовавшем в детстве. У большинства терапевтов-мужчин есть сильные материнские идентификации, позволяющие развиваться подобным чувствам. Что касается гомосексуальных лесбийских чувств женщины, то здесь определяющим фактором становится реальность.

Если женская гомосексуальность представляет собой часть важной сферы неразрешенных конфликтов, регрессивное воздействие переноса рано или поздно позволяет найти этому материалу внешнее выражение. Эти влечения, существующие в переносе, смещены относительно реальной личности терапевта, если пол аналитика мешает этому влечению достичь своей цели. Лично меня воспринимали как женщину (то есть подразумевали у меня наличие грудей, клитора и влагалища) только пациенты-психотики. Однако даже среди психотиков это были самые дезорганизованные. Если подобная половая дезориентация возникает у невротиков, она обычно длится лишь одну-две секунды.

Карми (Karme, 1979), женщина-психотерапевт, описала проработку гомосексуальных проблем с пациентом-мужчиной. Как и у только что описанной женщины, у пациента Карми этот элемент переноса проявлялся в снах, фантазиях и переживаниях окружающей действительности. Сама Карми не воспринималась пациентом в качестве объекта гомосексуальных желаний. Это обстоятельство не мешало ни выражению, ни проработке тем мужской гомосексуальности. Реальный пол терапевта игнорируется под напором этих трансферентных желаний, но при этом исходный импульс до конца не подавляется.

Иногда случается, что женщина в течение длительного времени проходит терапию или психоанализ с терапевтом-мужчиной и ее гомосексуальные темы не проявляются в клиническом опыте. А если и появляются,

то лишь в контексте желания женщины обрести в первые годы жизни заботливую мать. Этот подход оставляет без внимания важные потребности, которые с детских лет имеет каждая женщина: желание достичь равенства с матерью через равенство в сексуальных отношениях, познать свое тело в процессе сексуальной близости с телом матери, соперничество с отцом за материнское внимание, а также желание заботиться о матери и спасать ее, не исключая желания иметь от нее детей. Когда эти темы соответствуют психологии женщины, но при этом втискиваются в размытые, упрощенные желания обрести заботливую мать, они не разрушаются как влечения. Они будут стремиться проявить себя при первой же возможности.

> Женщина несколько лет проходила лечение у мужчины-терапевта с очень хорошей репутацией. Они добились определенных успехов в работе над многими конфликтными темами. Время от времени пациентка заявляла, что у нее возникают неприятные лесбийские чувства, но терапевт интерпретировал их как несбывшиеся надежды на материнскую заботу и внимание. Пациентка это лечение прекратила, чувствуя, что в целом оно было полезным, но при этом у нее осталось смутное чувство неудовлетворенности.
>
> Спустя какое-то время, решив, что жизнь ее все-таки не удовлетворяет, она снова начала терапию. На этот раз терапевтом оказалась женщина. В течение нескольких месяцев пациентка испытывала к этой женщине сильный сексуализированный лесбийский перенос. Она не верила, что у нее существует такой огромный запас столь сильных гомосексуальных чувств. Впервые в своей жизни она вступила в гомосексуальные отношения с одной из своих новых подруг. В отношениях с ней она почувствовала возрастающую связь со своей женственностью. Весь этот материал они активно исследовали вместе с женщиной-терапевтом. Прошло около года, и ее гомосексуальная связь прекратилась. Она вступила в бурную связь с мужчиной, а затем прекратила лечение. Прошло еще немного времени, и она вышла замуж.

Установки терапевта

Если терапевт восприимчив к гомосексуальным импульсам и желает следовать повсюду, куда ему укажет психика пациента, эти проблемы будут постепенно проявляться независимо от пола терапевта и пациента. В упомянутых ранее случаях пациенты склонялись к гетеросексуальности. Возможно, такой результат оказывается наиболее приемлемым для большинства гетеросексуальных терапевтов. Однако не менее вероятно, что пациент будет развиваться в сторону удовлетворяющей его гомосексуальной ориентации. Терапевт должен быть способен признавать и уважать это положение, особенно в тех случаях, когда пациенты используют терапию для самопознания. Максимально проникнув в бессознательное, терапевт должен принимать и уважать любой выбор пациента. Разумеется, довольно часто пациент приходит к выводу, что для постоянной совместной жизни ему не подходит человек ни того, ни другого пола.

Что касается темы гомосексуальности в терапии, в которой стороны принадлежат к разному полу, необходимо иметь в виду следующее: если терапевт восприимчив к возрастающим влечениям пациента и осознает, что они стимулируются переносом, гомосексуальность можно вполне обоснованно исследовать и прорабатывать в замещающих отношениях. Это возможно независимо от того, предпочитает ли пациент гетеросексуальную жизнь или гомосексуальность. Мы можем вспомнить серьезные проработки этих клинических аспектов с детьми и подростками. Значительная часть переноса прорабатывается с точки зрения замещения, а не прямыми трансферентными интерпретациями.

Пол терапевта

Существуют ли случаи, когда тот или иной пол терапевта предпочтителен? Думаю, да. На выбор психотерапевта будет оказывать влияние ранняя детская травма. Некоторые люди приступают к лечению, имея сильные негативные чувства по отношению к лицам противоположного

пола. Иногда эти чувства проявляются открыто, в других случаях они приводят к раздражению, подозрительности и сомнениям. Если в личной истории пациента есть много неудачных случаев общения с людьми определенного пола, которые оставили после себя сильную сознательную неприязнь, обращение к терапевту того же пола делает для него терапию заведомо тяжелой и труднопереносимой. В особенности это характерно для тех случаев, когда в раннем детстве пациента имели место неприкрытая физическая жестокость или откровенное сексуальное насилие. Вне всякого сомнения, эти эпизоды вновь оживут в переносе. Если все же рекомендовать терапевта того же пола, нужно быть уверенным, что в своем раннем детстве пациент, кроме всего прочего, очень любил этого значимого для него человека.

Женщина пришла на консультацию, поскольку ее профессиональная карьера во многом не отвечала ее способностям и скрытому в ней потенциалу. Она часто ругалась со своими начальниками-мужчинами, несколько раз ее увольняли. У нее было две неудачных терапии с мужчинами-терапевтами. С каждым из них у нее разгорались ожесточенные споры с взаимными обвинениями, и тогда она в ярости бросала терапию. Согласно ее воспоминаниям ее отец был насмешлив, саркастичен и презрительно относился к ее интеллектуальным способностям. Иногда она приводила его в ярость, когда была подростком, и он выгонял ее из дома. Ее мать была пассивной и беспомощной, но при этом доброй и открытой женщиной.

Меня удивило, что она пришла на консультацию ко мне. Она объяснила, что у нее достаточно сильная воля, чтобы не позволить своему отцу впредь определять ее отношения с мужчинами. В течение нескольких последующих ознакомительных сеансов мы исследовали ее чувства, и выяснилось, что, по ее ощущениям, у меня есть скрытое убеждение, что она является человеком второго сорта. Это чувство вызывало у нее плохо скрываемое раздражение. С точки зрения психодинамики, она очень точно интерпретировала для себя это иррациональное чувство. Однако эта

интерпретация принесла ей мало пользы, поскольку ее возбуждение нарастало.

Я сказал ей, что ее способность бороться с трудностями вызывает у меня восхищение. Именно поэтому мне бы крайне не хотелось, чтобы ее усилия снова пропадали даром. Это было бы смелым поступком с ее стороны — обратить свои недостатки в достоинства и начать лечение у женщины-терапевта. Возможно, это мазохизм: атаковать мужчин по поводу ее чувств к мужчинам. Я направил ее к женщине-терапевту, и та терапия получила свое развитие.

> В другом случае женщина описывала жестокое отношение к ней отца в раннем детстве. И физически, и эмоционально он вел себя по отношению к ней крайне грубо. Таким же образом он обращался и со своей женой. Ненависть пациентки к нему была совершенно реальной и основанной на фактах, которые заставили страдать не только ее, но и ее сестру и брата. Я отметил, насколько ровно и гладко прошло наше первое интервью. Опираясь на него, я начал лечение. Позже я узнал, что ее отец был гораздо более теплым, веселым и отношения с ним были для нее источником глубокого наслаждения. Только спустя много лет, когда она стала размышлять самостоятельно, на первый план вышла его грубая и жестокая сторона. Эта перемена совпала также с ухудшением отношений между родителями.

В данном случае я опирался на свою интуицию, отвечавшую неявной психической реальности, а не известным фактам.

Потеря родителя в раннем возрасте

Существует и другая категория биографических фактов, оказывающих влияние на выбор терапевта того или другого пола, — ранняя потеря родителя. Если человек потерял родителя в очень раннем детстве, особенно если это произошло в результате смерти, желание близости с человеком того же пола становится чрезвычайно сильным. Лечение у терапевта того же пола вызывает у пациента неразрешенное чувство глубокого горя. Но, вероятно,

этот выбор имеет и более отдаленные последствия. Речь идет о долговременных реальных терапевтических отношениях (см. главу 4). Существует надежда, что пациент продуктивно проведет несколько лет в совместном поиске с ценимым им проводником и наставником. Это обстоятельство лежит за рамками отношений переноса. Несмотря на то, что терапия никогда не сможет возместить столь трагичные детские потери, она, по крайней мере, может воспроизвести некое минимальное подобие потерянных отношений. Необходимо воспользоваться такой возможностью, чтобы помочь пациенту.

> Восемнадцатилетний студент колледжа пришел ко мне на прием из-за гомосексуальной паники, которая внезапно возникала, когда он был со своей девушкой. Он стал одержим навязчивой и пугающей идеей, что он гомосексуалист.
>
> Как ни странно, но сеансы со мной его успокоили. Обычно мужская гомосексуальная паника быстрее рассеивается в общении с женщинами. Когда пациенту было шесть лет, его отец скоропостижно скончался. Мать проявляла к нему внимание и любовь, но при этом не выпускала из-под контроля. Ему всегда не хватало уравновешивающего присутствия отца, однако он различными способами отрицал эту потерю. В его последних отношениях с женщиной проснулось страстное желание иметь отца. Неразрешенное горе находило свое выражение в гомосексуальных устремлениях. Для него было невозможно войти в глубокий эмоциональный контакт с мужчиной. Он воздерживался от подобных ситуаций. В результате он ощущал свою неполноценность как мужчина. Во время длительного лечения он часто отмечал, что всегда хотел просто быть с мужчиной старше себя по возрасту (в данном случае эта роль досталась мне). Даже если терапия не принесла ему всего, чего он хотел, это его желание исполнилось.

Когда в эдиповых проблемах видят доэдиповы

Если пациент и терапевт разного пола, их отношения могут помешать точному определению уровня конфликта, нашедшего свое выражение в переносе. Так, например,

мужчине-терапевту было бы не очень естественно ощущать себя матерью в эдиповом конфликте, матерью, против которой бунтуют и с которой соперничают.

Женщина в возрасте около 25 лет, которая имела довольно серьезные доэдиповы проблемы, связанные с материнской депривацией, решила совершить смелый и решительный шаг, кардинально изменив свою профессию. После этого она стала испытывать зловещее чувство тревоги, неделями не оставлявшее ее в покое.

Я интерпретировал ее тревогу как страх быть покинутой. Она боялась потерять нескольких друзей и коллег, с которыми устанавливала отношения в течение многих лет. Кроме того, боялась потерять меня, если новая работа потребует изменения в графике посещения терапевта. Словом, я концентрировался на ее сепарационной тревоге, а тем временем ее дискомфорт возрастал.

Однажды она рассказала о своем напряженном телефонном разговоре с женщиной, работавшей по ее прежней специальности. У нее было много фантазий, связанных с тем, что эта подруга ревнует ее и соперничает с ней. Она испытывала страх, что через какое-то время эта женщина ее бросит. Когда я отметил, что эмоциональный тон в описании ее тревоги, связанной с этой подругой, совпадает с эмоциональным тоном тревоги, вызванной возможностью расставания со мной из-за изменения времени приема, аффект замкнулся. Она воспринимала меня как ревнивую мать, которая сразу становилась холодной и отвергающей, как только ощущала угрозу, что дочь продвинется дальше, чем она. Разными способами мать чинила препятствия аффективному и творческому продвижению своей дочери в жизни. Пациентка разрыдалась, несколько сняв свое аффективное напряжение, а потом сказала, что эта интерпретация имеет смысл. В первый раз за несколько недель она могла ощутить причину, вызывающую у нее панику. Этот материал получил дальнейшее развитие в теме ее соперничества с матерью.

Как мужчина я с трудом себя ощущал в качестве эдиповой матери-соперницы своей пациентки. Мне было более

естественно ощущать себя заботливой матерью, которая, как боялась пациентка, не сможет перенести сепарации и индивидуации дочери. Мне потребовалось несколько недель, чтобы прийти к этому выводу, хотя он вытекал из ее слов.

Я не думаю, что с моей стороны это была чистая идиосинкразия. Эдипова конкуренция с матерью, в особенности если она находит свое выражение в профессиональной сфере, весьма далека от мужчины той культуры, в которой я воспитывался. Еще один важный момент заключался в том, что пол не препятствовал развитию этих чувств в переносе. Терапевту следует обратить особое внимание на существование таких разнообразных возможностей.

Следует добавить, что вышеупомянутая пациентка вышла на этот уровень развития переноса в результате улучшения состояния. Оно часто оживляет эдипову вину и тревогу. По моему впечатлению, мужчина-терапевт более быстро и уверенно принимает на себя перенос эдиповой конкуренции своих пациентов-мужчин, чем пациенток-женщин. Мужчины менее чувствительны к тому, что женщины используют их в переносе как эдиповых матерей-соперниц. Как уже отмечалось ранее, мужчины-терапевты более склонны видеть себя доэдиповой матерью, заботливой и тревожно-доминантной.

Одно из возможных объяснений связано с разными путями развития мужчины и женщины. Во многом мужчина переживает свою доэдипову мать так же, как женщина. Но в эдиповом переживании матери разница бывает весьма значительной. Для мужчины, в отличие от женщины, в эдиповой ситуации мать не ощущается в первую очередь как соперница. Женщины-терапевты очень остро чувствуют эдиповы чувства соперничества в переносе у своих пациенток. Что касается терапевтов-мужчин, можно сказать, что в этой области у них существует что-то вроде слепого пятна.

Кроме того, у многих мужчин-терапевтов могут возникать дополнительные контртрансферентные проблемы с женщинами-пациентками, которые проявляются в недостаточном внимании к женской агрессии, к стремлению

к самоутверждению и к их недостаточной поддержке. Существует распространенная тенденция игнорировать у женщин-пациенток интеллектуальную и сексуальную пассивность, которая была бы важной темой в терапевтическом процессе пациентов-мужчин. Я наблюдал некий аналог и у терапевтов-женщин: у них существовали затруднения, связанные с принятием мужской пассивности. Они хотели видеть мужчин более уверенными и целеустремленными, испытывая тревогу, когда у мужчины-пациента проявлялось желание получить заботу и защиту, приняв традиционную для культуры женскую роль.

Другая дилемма женщин-терапевтов пересекается с отцовским, связанным с соперничеством, эдиповым переносом. Женщине-терапевту более свойственно, чем терапевту-мужчине, видеть себя запрещающей матерью или пугающей фаллической матерью, чем мужчиной, обладающим пенисом и соперничающим со своим пациентом-мужчиной. Часто проходит много времени, прежде чем женщина-терапевт осознает, что пациент говорит скорее о своем отце, а не о матери.

Представители каждого пола должны осознавать влияние своей культуры, которая ограничивает их восприятие и даже препятствует ему (см. работу Могула [Mogul, 1982], где приведен прекрасный обзор публикаций на эту тему). Если повезет, растопить этот лед может помочь личная терапия терапевта. Если же подходить более реалистично, то развязать эти узлы позволяет только клиническая практика. Затруднения и неудачи в клинической практике (кратковременные или длительные) являются лучшими учителями для осознания этих проблем.

Бессознательный учет фактора пола при выборе терапевта

Как и во всех других аспектах психотерапии, здесь нет предела разнообразию и осложнениям. Бывают случаи, когда расставание с родителем в раннем детстве заставляет отказаться от терапевта одного пола с бросившим родителем. В ситуациях, связанных прежде всего с ранней материнской депривацией, в основе которой может быть реальная травма, психоз матери, соперничество матери,

основанное на примитивной зависти, и другие серьезные конфликты в ранних отношениях матери и дочери, маленькая девочка часто обращается к отцу за материнскими функциями. Тогда роль терапевта-мужчины становится центральной в развитии у пациенток ощущения женской удовлетворенности, компетенции и безопасности. В таких случаях путь к матери лежит через матернализованный отцовский перенос.

> Пациентка обратилась ко мне после нескольких лет ужасных садомазохистских отношений с женщиной-терапевтом. Они прекрасно воспроизводили ее страшные отношения в детстве с собственной матерью. На первом сеансе она рассказала сон, который увидела этим утром: она вместе с дочерью ехала на автомобиле по моему переулку ко мне в кабинет.
>
> В ребенке из сновидения пациентки можно было увидеть ее саму, а далее — мать пациентки в той же роли по отношению к своей матери, бабушки пациентки и т. д. Пациентка сказала: «Я привела с собой на терапию четыре поколения женщин».
>
> Отец в жизни этой женщины выполнял, когда искусно, а когда не очень, материнские функции своей психически неполноценной жены. Эта цепь исторических событий создала психодинамический толчок для повторяющихся женских идентификаций через материнский перенос на отца.

Мужчина не так уж редко чувствует унижение со стороны жестокого и ревнивого отца. Если мать воспитывает в сыне мужское самовосприятие, а в перспективе — ощущение себя мужчиной, постепенно подкрепляя в нем ощущение собственной маскулинности — такой мужчина нередко бессознательно выбирает себе женщину-терапевта. В таких случаях путь к отцу пролегает через патернализованный материнский перенос в отношениях с женщиной терапевтом.

Это вовсе не означает, что я даю специальные рекомендации относительно выбора пола терапевта в зависимости от тех или иных особенностей биографии. Часто мы начинаем осознавать эти особенности только после

того, как в лечении был достигнут определенный прогресс. Я лишь пытаюсь указать на сложное влияние бессознательного, предопределяющее выбор пола терапевта. Если только один из родителей был достаточно эмпатичен к своему ребенку, именно он — тот, кто эмпатически признавал и укреплял у ребенка осознание своих способностей и талантов, будет играть определяющую роль в выборе пациентом терапевта.

Влияние личности терапевта

В последние годы стали более открыто признавать, что особенности и характерные черты личности позволяют некоторым терапевтам работать более эффективно (и легко) с определенными пациентами. Хотя требуется немалое время, чтобы обнаружить в себе эти черты из-за недостаточного опыта терапевта и медленного обретения навыков, многие терапевты постепенно, порой весьма болезненно стали осознавать, что с одними пациентами они работают не столь успешно, как с другими.

Взявшись за эту тему, я испытал нерешительность. Мое главное опасение состоит в том, что терапевтическое созревание читателя может быть приостановлено из-за недостатка адекватного опыта. Кроме того, я уже подчеркивал, что к каждому новому пациенту нужно относиться как к новому эксперименту, и теперь может показаться, что это утверждение обесценивается. Очевидный ответ состоит в том, что с течением времени наш опыт растет и мы узнаем, что с некоторыми пациентами мы добились большего успеха, чем мы ожидали, а с другими пациентами все получается, возможно, не так хорошо, несмотря на то, что сначала мы предполагали совершенно иной результат. Между этими двумя крайностями остается широкий спектр возможностей. Спустя какое-то время мы понимаем, что изменения происходят даже с этими двумя крайностями. Это обстоятельство оставляет нам большой простор, чтобы непредвзято и без предубеждений осмыслить большинство клинических случаев.

В большинстве терапевтических сообществ существует согласие в том, что необходимо дать краткую характеристику

личности (и профессиональных навыков) терапевта, к которому направляют пациента. В действительности в некоторых сообществах существуют несколько человек, имеющих репутацию искусных «свах». Сватовство, которое устраивают эти люди, спустя какое-то время может показаться не столь успешным, как предполагал созданный о них миф. Однако это мнение не опровергает взглядов общепризнанных профессионалов: личностные качества терапевтов очень важны для рекомендации.

Перенос и реальность

Рассматривая комментарии Ференци (Ferenczi, 1927) относительно того, что аналитику следует знать слабые места своей личности и держать их под контролем, а также учиться на своих ошибках, Фрейд (Freud, 1937a) пришел к следующему выводу: «Это обстоятельство представляет собой важное дополнение к нашей теме. Среди разных факторов, влияющих на перспективу аналитического лечения и привносящих дополнительные затруднения, подобно разным сопротивлениям, следует отметить не только особенности Я пациента, но и индивидуальные особенности аналитика» (p. 247).

Грета Бибринг (Grete Bibring,1936) описала случай, когда она передала пациента другому аналитику, поскольку так называемые искажения переноса в действительности не были искажениями. Бибринг решила, что она на самом деле слишком похожа на мать пациента, поэтому в переносе очень мало места может занимать условность «как если бы». В переживании переноса у пациента не было возможности оказаться на дистанции наблюдателя.

На одном из первых заседаний Британского психоаналитического общества Гловер (Glover, 1955) спросил участников: «Как вы считаете, насколько велика роль личности аналитика в проведении аналитического лечения?» Больше половины присутствующих ответили: «Эта роль значительна». Гловер заметил, что на научных конференциях на протяжении многих лет некоторые аналитики постоянно обсуждают клинический материал только с определенной, интересной именно для них точки зрения,

и фокусируют внимание только на вполне определенных клинических проблемах и подходах.

Крамер (Kramer, 1979) подробно описал уникальный случай супервизии двух аналитиков по поводу одной и той же взрослой пациентки. Первый аналитик не владел в должной мере теорией раннего развития, в особенности в том, что касалось доэдиповых влияний, чувствовал дискомфорт при любом раскрытии контрпереноса и не мог вовлечь пациентку в процесс анализа. Лечение закончилось преждевременно и неудачно. Пациентка пошла к другому аналитику, который, как и первый, был мужчиной. По случайному совпадению второй аналитик пригласил Крамера снова стать супервизором этого клинического случая. Второй аналитик был спонтанным, интуитивным терапевтом, который не чувствовал дискомфорта от иррациональных контртрансферентных чувств и обладал способностью переносить и понимать незрелые и регрессивные потребности своей пациентки. Ему удалось вовлечь пациентку в процесс анализа и успешно с ней работать.

Берман (Berman, 1949) описал несколько неудачных пар. С его точки зрения, эти пациенты ощущали неспособность терапевта спонтанно согреть их, не чувствовали с его стороны преданности помогающего родителя и под разными предлогами прерывали лечение. Берман описал также пациентов, внутренняя психологическая чувствительность которых к настроениям и чувствам терапевта приводили к конфронтации с ним. Если терапевт не мог признать правильность их понимания, часто происходило бурное отыгрывание, недоступное психотерапевтической интервенции.

Гринсон (Greenson, 1967) отмечал, что сильная неприязнь к реакционным политическим взглядам одного из пациентов мешала его терапевтической работе с ним. Когда его чувства стали слишком сильными и не смягчались другими чертами характера пациента, Гринсон признался в этом, сказав, что такова его особенность, и посоветовал обратиться к кому-то другому. Я видел терапевтов, которые четко себе представляли, что испытывают гнев по отношению к преступникам-психопатам или наркоманам с выраженной психопатией. Совершенно

оправданно они отказывались работать с такими пациентами. Другие терапевты, наоборот, видят в подобных пациентах вызов, чувствуют к ним эмпатию и обладают определенной энергией и энтузиазмом, которые необходимы для работы с такими серьезными проблемами.

Пристрастия терапевтов

Особые качества терапевта могут привести его в особую область лечения. Легендарны успехи Августа Айххорна (Aichhorn, 1925) в работе с юными правонарушителями. Он не лез за словом в карман и часто был таким же вредным, импульсивным, а, возможно, и психопатичным, как и его пациенты. Лишь немногие терапевты имеют структуру личности, позволяющую им решать подобные задачи и даже наслаждаться этим.

В Бостоне я слышал, как один из самых уважаемых детских аналитиков рассказывал о том, какую радость он испытывает от лечения ребенка, обладающего способностью к психологическому инсайту (Goldings, 1978). Он описывал, как возрастало его удовольствие от понимания, что ребенок движется в направлении инсайта и осознания. Сам терапевт чрезвычайно высоко ценил способность понимать. Когда это происходило с ребенком и когда он стал приближаться к пониманию, аналитик почувствовал, что между ними возник особый контакт, он испытал чувство сопереживания и ощутил импульс к тому, чтобы приблизиться к ребенку, чтобы ребенок обязательно мог это заметить, правильно истолковать и принять его, что помогло бы увеличить его способность к пониманию. Конечно, если бы этой реакции не возникло, мы могли бы ожидать другого результата этого взаимодействия. Этот случай должен нам напомнить триаду Тартакофф (Tartakoff) — взаимодействие-интернализация-действие — вызывающую изменения в процессе лечения. Чтобы наступили изменения, личность терапевта должна встроиться в процесс лечения.

В ситуациях острого кризиса для большинства врачей становится очевидным, что пациенту требуется терапевт, владеющий техниками активного воздействия. Для неко-

торых терапевтов наиболее удобен отстраненный и относительно интеллектуальный подход. В экстренных ситуациях они не чувствуют себя комфортно. По этой причине многие терапевты избегают работать с детьми и подростками. Пребывание в статусе реального объекта слишком сильно нарушает их обычный стиль взаимодействия.

По этой же причине многие терапевты избегают работы с психотиками. Ужасающие отыгрывания фантазий, рациональные и иррациональные требования вызывают потрясение у многих воспитанных, организованных и привыкших к порядку терапевтов. Многие из нас лучше всего работают, когда наше расписание не нарушается, и аналитический сеанс не прерывают внезапные телефонные звонки. Но существуют и те, кто получает наслаждение, принимая вызов психотической сновидной жизни, пытающейся наложить свою руку на повседневную реальность.

Работа с психотиками часто требует тесного взаимодействия с персоналом клиники. Необходимые в данном случае навыки психологической работы с группой часто входят в диссонанс с особенностями личности некоторых психотерапевтов. Некоторые из них получают наибольшее удовольствие от индивидуального исследования человека, не стесненного временными рамками и вмешательством группового процесса независимо от того, кто входит в группу: персонал клиники или члены семьи пациентов. Упорядоченность психотерапии может вполне отвечать потребностям пациентов. Например, пациенты, страдающие навязчивостью, часто будут чувствовать облегчение при работе с терапевтом, который не делает неожиданных психологических ходов. Такие пациенты будут ощущать психологический комфорт, если увидят, что терапевтический процесс является управляемым и предсказуемым. Наиболее легко они себя чувствуют с терапевтом, который хорошо структурирует время, предсказуем и достаточно дистантен, чтобы они не опасались вторжения с его стороны. По довольно похожим причинам многие параноидные пациенты чувствуют себя свободно с неактивным, созерцательным и спокойным терапевтом. Энергичный терапевт, полный энтузиазма и находящийся со всеми

в приятельских отношениях, заставляет их постоянно быть бдительными, вызывая энергетическое истощение. Несколько примеров, посвященных влиянию личности на терапевтический процесс, рассматривается в главе 1, в которой обсуждается личность терапевта, и в главе 4, где исследуется контрперенос.

Вообще говоря, здесь мы не рассматриваем какие-то специфические проблемы контрпереноса. Мы просто говорим, что при таком разнообразии личностей и человеческих проблем совершенно невероятно, чтобы какой-то один человек мог оказаться подходящим терапевтом для любого пациента и разрешить любую проблему. Абсолютно верно, что некоторые одаренные терапевты обладают чрезвычайно широким спектром терапевтической эффективности. Известны случаи, когда один человек прекрасно работает с детьми, подростками, пограничными личностями, психотиками и невротиками. Но даже эти замечательные люди неодинаково эффективны при работе со всем спектром личностей, страдающих тем или иным психическим нарушением.

Завершая тему, касающуюся сужения диапазона терапевтических возможностей, я хочу повторно акцентировать внимание на важности открытого подхода к «соответствию» терапевта и пациента. При наличии хорошо мотивированного пациента и хорошего терапевта лучше всего начать терапевтический процесс, и это самая хорошая проверка возможного «соответствия». Если же терапевтический процесс пробуксовывает, включенные в него люди скоро это почувствуют и смогут принять соответствующие меры. А если, казалось бы, неподходящая пара *работает,* тем лучше; это заставит нас ощутить всю эфемерность наших умозаключений, не учитывающих многие неизвестные факторы, и будет препятствовать преждевременному отвердению наших мнений и способствовать творчеству.

Заключительные замечания

Хотя хорошо обученный и опытный терапевт эффективен в широком диапазоне своей деятельности, однако этот диапазон не достигает 360 градусов. Следует обратить

внимание на упомянутые нами особенности клинической практики, связанные с влиянием пола терапевта и его личности на специфические клинические проблемы. В подходящей терапевтической атмосфере отношения переноса будут развиваться в соответствии с фрустрированными потребностями пациента. Однако существуют определенные обстоятельства, при которых одни из нас будут работать с этими проявлениями переноса эффективнее, чем другие. Здесь речь не идет о неадекватности каких-то конкретных терапевтов, скорее о реальной сложности жизни и недостаточности индивидуальных качеств одного человека, чтобы полностью справиться с этой сложностью.

Глава 13. Молчание

Может ли молчание быть золотом там, где бал правит слово-серебро?

Инсайту, возникшему в результате вербальной интерпретации, обычно отводится главная роль в процессе психотерапии. Стоун (Stone, 1961) напоминает, что слова формируют психосоматическую связь между матерью и младенцем, тем самым создавая у него способность переносить отделение от матери. Слова матери «Я иду!» могут оказать достаточное воздействие, чтобы сдержать плач малыша. Действительно, как мы ранее об этом говорили, правильная вербальная интерпретация в какой-то степени запускает процесс печали. По мере ослабевания фантазии между пациентом и терапевтом возникает едва ощутимое отдаление. Но если слово настолько значимо, то каковы роль и смысл молчания в процессе психотерапии?

Одна категория молчания — это известное нам сопротивление конфликтным чувствам в переносе. Вайсман (Weisman, 1955) довольно искусно разделил эти чувства на две категории: защитные и провоцирующие. Так, например, паранойяльные пациенты могут замолчать, обвиняя терапевта в отвержении, отсутствии эмпатии или неискренности. Дальнейшая отстраненность принимает вид защитного барьера, предохраняющего от потерь и боли. Конечно, паранойяльные пациенты не единственные, кто использует молчание в связи с переносом, они просто с пользой для себя усиливают общий процесс. У большинства пациентов после кристаллизации переноса молчание и затруднение речи свидетельствуют о конфликтных мыслях и чувствах по отношению к терапевту. Слова доступны, но пациент не хочет их употреблять. В таких случаях терапевт будет искать тактичные выражения, чтобы превратить защитное молчание в речь.

Рассмотрим, однако, следующий рассказ Равви Нахманна из Братиславы, замечательного предшественника Фрейда и психолога-самородка, жившего в XVIII — начале XIX века.

> В дальней башне замка темной и бурной ночью Нахманн разговаривает с людьми, потерпевшими кораблекрушение, пытаясь разбудить их самые ранние воспоминания. Он начинает с самого старшего, который вспоминает первое дерево. Другой вспоминает первый листок, следующий — семечко, а самый молодой — плодородную, готовую к посеву почву. Наконец, наступает очередь четырехлетнего мальчика, который говорит: «Ich gedenk gornisht» — «Я ничего не помню!» И тогда все они соглашаются, что у него действительно самое раннее воспоминание среди всех.

Основной моделью терапевтического сеанса Фрейда была работа со сном. Сон интегрировал текущие переживания и память прошлого. Психотерапевтическое восстановление прошлых событий в регрессивном, похожем на сон переживании уходит далеко в довербальную стадию развития. Оно оставляет терапевта один на один с таинством молчания пациента и невербальными состояниями, для которых наша вербально ориентированная терапия дает не много явных указаний. Более того, слова часто бесполезны для этих аспектов лечения. Обсуждая терапию пациента на довербальных стадиях, Лиментани (Limentani, 1977) приводит строки из стихотворения Т.С.Элиота «Сожженный Нортон».

Слова натягиваются,
Трещат и иногда ломаются. Под тяжким грузом,
Под напряжением скользят, сползают, гибнут,
Распадаясь при любой неточности,
  они не останутся на месте,
Они не успокоятся.

Постоянно молчащий пациент или молчание обычно разговорчивого пациента создают серьезное напряжение для терапевта, стремящегося организовать процесс лечения. Молчание чаще всего воспринимается как «сопротивление», и в голове у терапевта рождается множество

вербальных и невербальных схем действия, чтобы как-то вывести пациента из этого состояния. Польза молчания часто ускользает из нашего ориентированного на словесное выражение поля зрения.

Рассмотрим следующий клинический пример.

Случайно я встретил своего бывшего пациента, с которым мы несколько лет назад проделали довольно успешную работу. Он был помещен в клинику почти на полтора года, а затем еще полтора года работал со мной амбулаторно. Я пригласил его зайти ко мне в кабинет просто поболтать и узнать его впечатления от терапии.

Во время нашей встречи у меня были совершенно определенные ожидания, что он расскажет мне, насколько важными и просветляющими для его сознания оказались последние полтора года нашей работы; что он расскажет о своих замечательных инсайтах в прошлые и нынешние конфликты, а также о нашей замечательной и очень хорошо проговоренной работе над эдиповыми конфликтами и доэдиповыми темами. Вместо этого он буквально поразил меня, заметив, что самой важной частью терапии и, возможно, поворотной точкой во всей его жизни стал трехмесячный период, когда он находился в закрытом отделении, в одной пижаме и носках, после психотической попытки самоубийства, которая едва не привела его к смерти.

В течение этого трехмесячного периода во время наших встреч он был совершенно нем. Более трех месяцев подряд мы встречались три раза в неделю, чтобы вместе помолчать пятьдесят минут. Он наслаждался тем, как я закуривал сигару, откидывался назад и выпускал дым, не задавая ему никаких вопросов, чувствуя полное удовлетворение от пребывания с ним и проводя время в спокойном ожидании.

В действительности мне тоже нравились эти сеансы и эти настоящие гаванские сигары. Тогда я еще позволял себе этот грех — курение сигар. И я любил выпускать дым и растворяться в дыму и психозе вместе с этим молодым пациентом, будучи совершенно уверен в том, что в конце концов спустя какое-то время его биология воспрянет

и приведет его к какой-то приемлемой для него форме жизни. Я был погружен в роман симбиотического слияния с психотиком.

Несмотря на мои рекомендации и пожелания, пациента лечили лекарствами, электрошоком, консультировали, запирали. Семья даже пыталась послать его в известный лечебный центр. В результате, когда все от него отказались, нас с пациентом оставили в покое.

В этой атмосфере, способной передать больше, чем любые слова, он почувствовал, что я первый человек, который ничего от него не хочет, кроме того, что он сам мог хотеть для себя, и что для исполнения этих желаний я был готов ждать этого столько, сколько необходимо. Его первым приятным чувством было наслаждение от того, как я наслаждался курением сигары. Три раза в неделю. (И, конечно же, у нас обоих было в голове замечание Фрейда: «Иногда сигара — это просто сигара!»)

Молчание как эффективный терапевтический прием очень трудно *прописать* кому-либо, ему очень сложно *научить* и очень трудно *передать* его важность пациентам, которые боятся отсутствия вербального общения во время аналитического сеанса. Удовлетворение, получаемое от невербальных переживаний, противоположно удовлетворению от свободных ассоциаций. В музыке мы получаем ощущение ритма от пауз. Сходный процесс имеет место и при общении двух людей. Обучая студентов чувствовать меру вербальных интерпретаций, я часто использую метафору пруда. Бросьте в него один камень, и из точки его падения начнут ритмично и гармонично расходиться круги. Второй камень может сделать то же самое и даже больше: круги станут перекрываться. Но, если бросить слишком много камней, ритмическая структура волн станет сумбурной и хаотичной. Нужно подождать, когда пруд успокоится. Дозировке молчания научить труднее, чем научить дозировке слов, ибо в повседневной практической деятельности нелегко бывает выявить и вытерпеть неопределенные последствия молчания.

Отметим, что для неопытного терапевта при такой квазидеятельности во мраке теория становится очень

важной «поддерживающей средой». Понятие «удовлетворяющий потребности объект», введенное Анной Фрейд, понятия Винникотта «достаточно хорошая мать» или «стимулирующая среда» наряду с понятием Хана «защитный экран», понятиями Малер «внеутробная матрица», «симбиоз» и «подпитка» и относящимся к регрессивному состоянию термином Балинта «новое начало» (см. этот перечень: Balint, 1979, p. 168), а также введенное позднее Кохутом понятие «самостно-объектного переноса по типу слияния» — все эти понятия способствуют формированию определенной эмоциональной позиции терапевта. У него возникают весьма полезные ориентиры, но на практике очень многое все равно приходится на долю спонтанной, интуитивной и осмысленной деятельности.

Личная история и молчание

Помимо защитной природы молчания и передачи им довербальных состояний психики и довербальных посланий, личная история человека порождает бесконечное разнообразие значений и смыслов молчания.

> «Странно... но ваше молчание было для меня очень важным. Я знаю, что иногда жаловалась на него, но видела и другую его сторону. Ваше молчание дает мне возможность побыть самой собой. Моя мать никогда не давала мне покоя своей болтовней. Только я входила в комнату, она была уже рядом. К тому же она никогда не знала о моей эмоциональной жизни, несмотря на все разговоры со мной. Она никогда не знала меня. У меня никогда не получалось ей об этом рассказать. Здесь я могу ощущать себя, познавать себя вместо того, чтобы слушать ее или кого-то еще, кто ее заменяет.
>
> Когда мне удается вздремнуть, я всегда боюсь того, что меня разбудят. Она всегда меня доставала. Мне нужна полная тишина, чтобы почувствовать себя свободно, успокоиться и заснуть».

Другая пациентка, напротив, хотела видеть своего терапевта активным. У нее была гипертревожная мать,

контролирующая каждый ее шаг. Воспитывая дочь, она пользовалась самыми современными «научными» подходами — механистичными, лишенными эмоционального тепла и подчеркивающими необходимость сведения контакта к минимуму для повышения эффективности обучения. Ей было трудно переносить тишину.

Она не могла заснуть без каких-то звуков. Это могли быть радио, животные, человеческие голоса, просто шум. Тишина заставляла ее просыпаться, поскольку воскрешала воспоминания об эмоционально пустом и холодном детстве.

Речь как защита от молчания

Действие или речь могут быть использованы в качестве защиты от проникновения в сознание беспокоящих мыслей и чувств. В некоторых наших субкультурах расстроенная домохозяйка, не имеющая возможности излить свою ярость, поддерживает контроль над собой, занимаясь ненавистной уборкой. Точно так же и речь может служить активной защитой от молчания, освобождающего пространство для подавляемой эмоциональной жизни.

Пациент постоянно говорил в течение многих терапевтических сеансов. Во время этой героической попытки прохождения психотерапии он часто критиковал себя, считая свой инсайт недостаточным. В конце концов я сказал ему, что он слишком нетерпелив по отношению к себе и почти не оставляет себе пространства для неопределенности и сомнений.

Он ответил: «Мой отец всегда снисходил до меня... У меня никогда не было возможности подумать... Знаете, я стал говорить сразу, как только вы сделали свое замечание! Я так хорошо себя почувствовал! Я не смог этого перенести, поэтому заговорил... Наверное, мне следовало бы молчать дольше и позволить себе что-то пережить. Эти японские пижоны правы... нужно научиться заставлять молчать свой разум!»

Терапевты также используют речь как защиту действием. Напряжение, которое существует между пациентом и терапевтом, эмоционально прощупывается во время молчания, особенно после кристаллизации клинического переноса. Вместо того чтобы каждый раз сталкиваться с неопределенными последствиями продолжительного молчания, многие терапевты нарушают тишину (напряжение, вызванное переносом) вопросами и комментариями, которые фактически служат способом укрепить их уверенность в себе вне зависимости от их содержания. Хотя их слова могут быть необходимы в определенных случаях, при некоторых психических состояниях и в критических ситуациях, если это повторяется, пациент все равно остается в пассивном положении. Это неправильно — создавать у пациента впечатление, что терапевт может провести терапию без него.

После нескольких лет терапии пациентка установила привычку молчать большую часть сеанса. Женщина-терапевт все настойчивее пыталась эмпатически понять непроницаемое молчание пациентки и строила догадки о том, что пациентка может думать и чувствовать. Когда терапевту хватало смелости, она пыталась предположить, на что именно пациентка реагирует молчанием.

Эти добрые намерения вызывали у пациентки ухмылки, презрение, мистифицирующие отрывочные ответы, часто — молчание. В это время пациентка обычно не смотрела в сторону терапевта, демонстративно игнорируя его существование.

На консультации я высказал терапевту предположение, что она слишком старалась. Возможно, она отреагировала вовне какие-то изменения в отношениях переноса. Она стала вести себя, как пациентка в детстве, а сама пациентка превратилась в свою неприступную и непостижимую мать. Терапевт должна была молчаливо расслабиться, позволить себе быть ранимой, незнающей и начать верить в то, что пациентка знает больше нее, а следовательно, терапевт должна была позволить пациентке взять на себя ведущую роль на сеансах. Ведь в основном она знает только то, что услышала.

Когда терапевт предоставила пациентке больше пространства для ее паранойяльного молчания, она тем самым создала возможность для проявления ее активного Я. Вместо того чтобы начинать сеанс, подводить итог или вести его, она смогла признать, что пациентка контролирует ситуацию, и она может только за ней следовать. Спустя какое-то время пациентка вышла из своей провокационной защитной позиции и стала признавать свои мысли и чувства. Как можно было подозревать, это были сильные чувства страха, связанные с возможностью доверять терапевту и любить его.

Молчание в начале аналитического сеанса

Эмоциональное напряжение между пациентом и терапевтом часто проявляется в начале терапевтического сеанса. После обычных общепринятых приветствий у входа, как только участники сеанса садятся в кресла, воцаряется молчание. В этот момент у терапевта есть выбор: продолжать молчать или начинать сеанс. По моему мнению, кроме редких исключений, терапевт не достигает своих целей, если начинает сеанс он, а не пациент. То, к чему мы всегда так стремимся, находится на самой грани восприятия и осознания пациента. Когда наш пациент входит в дверь, у нас нет никаких соображений о том, что с ним. Мы стараемся вести себя так, как если бы любое неосторожное движение могло повергнуть все живое в бездну, наподобие того, как это бывает при ходьбе по болоту.

В частности, когда сформировался перенос, пациент уже мотивирован (сознательно или бессознательно), чтобы доставить терапевту удовольствие и быть любимым. Когда терапевт начинает аналитические сеансы, он незаметно устанавливает программу, которой внимательный пациент следует. Собственные интересы и намерения пациента вытесняются тем, что он считает необходимым и интересным для терапевта. Таким образом, начало сеанса с вопроса: «Как дела?», или «За эту неделю у вас были галлюцинации?», или «У вас возникли какие-то мысли относительно нашего прошлого сеанса?» — поставят пациента в пассивное

положение, позволив тем самым обоим участникам терапевтического процесса игнорировать все соображения пациента. Достаточно часто в процессе терапии у пациента возникает ряд неприятных мыслей и чувств по отношению к терапевту. Молчание нередко будет способствовать проявлению таких непроговоренных переживаний, оповещая явственным потрескиванием в воздухе о надвигающемся сильном электрическом разряде.

В начале сеанса молчание создает возможность ощутить концентрированное напряжение в переносе. Если терапевт тормозит вербальное общение, особая боль и удовольствие, возбуждаемые пациентом, будут достигать его сознания. Это способствует осознанию контрпереноса.

Решающий вопрос здесь таков: как долго можно позволить длиться этому первоначальному молчанию? Я уже указывал, что в отдельных случаях оно может продолжаться достаточно длительное время, например, три месяца, как в приведенном выше случае. Но давайте рассмотрим обычный курс лечения. Большинство пациентов после короткого молчания будут начинать сеанс с изложения какого-то материала. Другие пациенты будут ждать и спрашивать терапевта, что бы он хотел от них услышать, или же жаловаться на скудость мыслей и чувств. Если это происходит в начале лечения, мы объясняем пациенту, что пытаемся следовать его образу мышления в той степени, в какой это возможно; если они расслабятся и будут говорить обо всем, что они переживают, это поможет терапии. Насколько это возможно, мы поощряем их игнорировать внутреннюю цензуру. Если пациент не может высказать то, что приходит ему в голову, мы по крайней мере можем говорить о существующем барьере в выражении мыслей. Если такое сопротивление выражению мыслей наблюдается на более поздних стадиях терапии, мы уже обладаем какой-то долей понимания, что позволяет интерпретировать его сопротивление или же, как в ряде приведенных примеров, проживать молчание вместе с пациентом. Некоторые чрезвычайно интересные пациенты в процессе всего терапевтического лечения больше молчат, чем говорят.

Я вам расскажу следующий забавный случай, но не потому, что рекомендую подход, используемый в нем, а чтобы продемонстрировать ту необычную роль, которую играет в данном случае молчание:

> Однажды я познакомился с пожилым, умным, эксцентричным психиатром, доктором X, ныне покойным. В течение двух лет дважды в неделю он принимал пациентку, молодую женщину. Все это время они едва ли произносили какие-то слова, кроме «здравствуйте» и «до свидания». Одна из особенностей этого терапевта заключалась в том, что он не требовал платы от своих пациентов, как было и в случае с этой женщиной.
>
> Он признался, что в течение двух лет эта женщина входила в кабинет, садилась к нему на колени и оставалась в таком положении на протяжении всех пятидесяти минут сеанса. Затем она вставала и уходила. Их физическая близость не заходила дальше такого общения. У доктора X не было ни малейшего представления о том, как у этой женщины складывалась жизнь. Я полагаю, что сначала она обратилась к психитру из-за глубокой депрессии, но, честно говоря, не могу вспомнить деталей. Однажды женщина сказала, что чувствует себя лучше и хочет завершить терапию, что она и сделала.
>
> Вскоре после этого доктор X повстречал знакомого, который знал пациентку и знал, что она лечится у доктора X. Для него было очевидно, что в процессе лечения она стала чувствовать себя очень хорошо, а ее жизнь значительно улучшилась.

Можно вообразить, что эта женщина либо проигрывала нечто очень приятное из своего прошлого, либо это было исполнение чрезвычайно сильных детских желаний. К сожалению, я не знаю никаких существенных фактов из ее последующей жизни. Можно представить, что если бы она искала такое фантастическое совершенство в реальной жизни, то очень быстро впала бы в тоску. Однако для данного периода лечения были характерны неподвижность и молчание. Пациентка оставалась на уровне симбиотического вскармливания в течение долгого времени. Поскольку в данном случае речь совершенно

не использовалась, наше понимание этой ситуации может быть не лучше, чем понимание неинтерпретированного сна. Его явное содержание захватывает, но без ассоциаций пациентки нам остаются только собственные фантазии относительно его скрытого содержания.

Заключительные замечания

Единственная область, в которой молчание можно точно назвать золотом,— это область сновидений. Зрительные образы почти без слов — обычная форма нашей глубинной регрессии, ночных сновидений. В этом молчаливом театре разыгрываются великие символические драмы. Аффекты переживаются или маскируются в символах, а слова излишни. Поэтому нам не следует удивляться, что молчание занимает незаметное, но очень важное место в регрессивном переживании аналитической психотерапии. Молчание проявляется как сопротивление переносу и как отыгрывание желаний и фантазий. Часто встают вопросы о том, что должно быть прожито, а что — проработано. Несмотря на несвязную сновидную природу молчания, его можно использовать творчески, чтобы распознать элементы переноса и контрпереноса, которые невыносимы как для терапевта, так и для пациента.

Глава 14. Психотерапия и психофармакология

Непреложным фактом в современной психиатрии является использование лекарств для лечения эмоциональных и психических расстройств. Психотерапевт не может иметь дела с человеком, страдающим сильным психозом, и не прибегать время от времени к медикаментозному лечению. Лекарства могут иногда потребоваться даже при непсихотических расстройствах. Понятно, что большая группа пациентов не будет испытывать ни необходимости, ни желания употреблять лекарства. Однако эти клинические случаи в данной главе обсуждаться не будут.

Хорошо, если современные психотерапевты обладают психофармакологическими знаниями, когда необходимо или желательно ими воспользоваться. Несмотря на то, что терапевту требуются только небольшие познания по биохимии и физиологии, относящиеся к психотропным препаратам, очень важно иметь углубленное психологическое представление о прописанных лекарствах и последствиях их приема. Не так уж просто предложить пациенту принимать те или иные медикаментозные средства. Есть сложности и в том случае, если пациент просит выписать ему тот или иной препарат и в результате получает рецепт.

> Молодой человек с циклотимическими колебаниями настроения, близкий к психотическому состоянию, на протяжении шести месяцев проходил терапию. Сначала, в течение медового месяца, его настроение несколько выровнялось и в поведении стало меньше отклонений. Я попробовал обойтись на первой стадии психотерапии без каких-либо медикаментов.
>
> При появлении негативного переноса у него стала возрастать депрессия. Вскоре он стал так плохо выполнять свои обязанности, что его работа оказалась под угрозой. Я предложил ему курс антидепрессантов, описав существующие у него симптомы, а также то облегчение,

которое принесло бы ему употребление лекарств. Казалось, он согласился и начал применять антидепрессанты.

Его настроение улучшилось, работа стала более эффективной. Однако он начал сильно опаздывать на сеансы, а затем и вовсе их пропускать. Я попытался выяснить, в чем состоит смысл такого поведения, и в конце концов он доверительно рассказал мне о своих чувствах. Он принял написанный мной рецепт как доказательство, что я потерял всякую надежду на положительный исход психотерапевтического процесса. Он почувствовал, что я поставил на нем крест и положился на паллиативные меры. Надо было подробно объяснить, что медикаменты используются в сочетании с психотерапией, и показать, что медикаментозное лечение помогает психотерапии, а не заменяет ее.

Этот пример дает наглядное представление о том, что назначение пациенту медикаментов может вызвать у него опасение, что терапевт бросает его. Тот же самый смысл, возможно, будет иметь рекомендация прекратить применение фармакологических препаратов.

Женщина была госпитализирована в остром маниакальном состоянии после буйного психотического эпизода. Ей давали большие дозы медикаментов не только для того, чтобы снизить ее паническое состояние, но и чтобы обеспечить ее физическую безопасность, а также безопасность окружающих ее людей. После выписки доза предписанных ей медикаментов оставалась на прежнем высоком уровне.

После нескольких месяцев такой хорошо скомпенсированной жизни было принято решение медленно сокращать дозу медикаментов, чтобы достичь самого низкого уровня, необходимого для поддержания такого состояния. Через несколько дней у нее снова начался бред. При исследовании выяснилось: она решила, будто я думал, что она уже вылечилась, и хотел снизить долю медикаментов, чтобы от нее избавиться.

Такие реакции далеко не редки. Когда бы мы ни рассматривали вопрос о назначении медикаментозного лечения или изменения дозы препаратов, обязательно следует

обсудить этот план с пациентом. Это позволит предвосхитить мысли психотических пациентов о том, что их бросают, и выявить эти фантазии заранее. Даже после того, как пациент согласился с нами, все время необходимо следить за его переживаниями по поводу приема лекарств. Возможно, им будет полезно сказать, что лекарства помогают при симптомах, которые сопровождают психотерапию. Например, что чрезмерная и парализующая тревога будет препятствовать сосредоточению и достижению приемлемой отстраненности от самих себя. Лекарства могут оказать помощь в устранении симптомов; они не приводят к стойким изменениям личности, которые остаются предметом тяжелой работы во время психотерапевтического сотрудничества.

Предвзятость медицинской модели

На всех терапевтов, как с медицинским образованием, так и без него, сильное влияние оказывают культурные стереотипы. Речь идет о долгой истории развития представлений о медицине и применении лекарственных средств в клинической практике. Врач выписывает медикаменты, и пациент пассивно их принимает. Врач «знает» воздействие медикаментов, а пациент — нет. Такое положение вещей невозможно и непозволительно в психотерапевтической ситуации.

Терапевт должен принять определенную установку, при которой пациент становится главным источником информации об эффективности действия лекарств и особенно о связанных с их приемом психологических переживаниях. Необходимо активно собирать этот материал, иначе терапевт и пациент расслабятся в сетях традиционной медицинской модели. Такое исследование становится особенно важным, если терапевт работает совместно с психофармакологом, выписывающим лекарственные препараты, ибо есть опасность, что многие трансферентные чувства будут направлены на того, другого «терапевта», если психотерапевт вовсе проигнорирует тему употребления лекарств пациентом.

Барьеры, препятствующие приему лекарств

Психотерапевт, который упорно и тактично работает с защитами пациента, построенными тяжким трудом, может упустить из виду, что психотические реакции пациента выполняют те же психологические функции. Человек вернется к психотическим защитам, когда обычные защиты потерпят неудачу. Следовательно, когда пламенный борец за психическое здоровье будет проявлять нетерпение в борьбе с опустошающим воздействием психоза, ему следует принять во внимание функциональный аспект этого психоза. Психоз — это темная ночь, охраняющая безопасность. Если слишком быстро снять с пациента эту защитную мантию, у него возникнет сильная тревога относительно того, чем ее можно заменить. Еще совсем недавно личность пациента была такова, что он неибежно погружался в печаль. Между психозом и компенсацией пациенты напоминают людей, подвергнутых хирургическому вмешательству. Они чувствуют, что их жизнь и сознание находятся в руках хирурга; они требуют, чтобы их уверенно и мягко убедили в том, что их не бросят и не оставят беззащитными в этом странном состоянии измененного сознания.

Есть немало параноиков, обсессивных шизофреников и маниакальных пациентов, которые отказываются принимать лекарства. У них есть *страх воздействия*. Их симптомы создают ощущение безопасного положения между отстраненностью и близостью к окружающим их людям. Если они окажутся слишком близко, они поглотят (или убьют) других или же будут поглощены сами; если будут слишком далеко, они столкнутся с потерей, депрессией и, возможно, самоубийством. Они не доверяют лекарствам и тем, кто их выписывает. Таких пациентов очень трудно вести, им надо ставить границы — либо они принимают лекарства, либо мы отказываемся с ними работать. В исключительных случаях может потребоваться помощь правоохранительных органов, чтобы обеспечить безопасность пациента. На этом пути аналитик должен постоянно, несмотря на серьезные психотические барьеры, пытаться объяснить смысл медикаментозного лечения.

Когда пациент станет более компенсированным, важно вернуться к этой межличностной борьбе и вновь исследовать ее значение. Можно быть уверенным в том, что в процессе длительной работы с такими людьми будет повторяться похожий сценарий конфликта. Постоянная открытость терапевта в конце концов позволяет добиться сотрудничества с пациентом.

В период компенсации болезненные чувства будут приписываться приему медикаментов. Депрессия, которая следует за острыми приступами шизофрении, может приписываться затормаживающему воздействию лекарств. В частности, маниакальные пациенты будут прекращать прием лития при наступлении депрессии. Маниакальное настроение предохраняет от развития сильной депрессивной грусти, оказывая постоянное сопротивление приему медикаментов. Поскольку медикаментозное лечение представляет собой угрозу волшебным решениям проблем, оно воспринимается враждебно. Нередко пациенты просто снижают дозы или вообще прекращают прием лекарств, при этом совершенно не информируя терапевта. Активные расспросы о приеме пациентом лекарств, о его отношении к ним на этой фазе лечения принесут больше блага, чем вреда. Пациент отыгрывает негативный перенос, который выражается в форме недоверия к терапевту, через отказ от строгого режима приема лекарств. Если терапевт воспринимает тему медикаментов как постороннюю, значительная часть недоверия будет похоронена пациентом в его скрытом манипулировании приемом лекарств.

Барьеры с позиции терапевта

Не только пациент может считать применение лекарств своим поражением; многие терапевты придерживаются мнения, что любая их деятельность, кроме наблюдения, прояснения или интерпретации, не является психотерапией. Выведение из-под непосредственного психического контроля пациента даже малой толики его автономии будет уменьшать шансы пациента на аутентичные и самостоятельные изменения. Такие теории не только

препятствуют применению лекарств; но, если лекарства уже применяются, пренебрежение к ним терапевта может перейти к пациенту. Если пациент чувствует, что психофармакология принесет терапевту поражение, он столкнется с трудностями, преодолевая эту ауру пессимизма.

Противоположная проблема возникает, когда терапевт возлагает чересчур большие надежды на применение лекарственных препаратов. Чрезмерное увлечение употреблением медикаментов может помочь преодолеть нежелание пациента работать, но та высокая цена, которой достигается такая готовность, отзовется впоследствии в процессе терапии. Не следует развивать у пациента ожидания, что лекарства дают чудесное избавление. Иначе появится неизбежная депрессия. Пациент почувствует себя невосприимчивым не только к терапии, но и к самим лекарствам. Тогда сразу может возникнуть безвольная безнадежность и отказ от лечения, если не еще худшие последствия. Было бы полезно сдержанное описание без ноток безнадежности возможных эффектов приема данных лекарств. Кроме того, нужно соблюдать чувство меры при описании возможных побочных эффектов лекарств, чтобы не возбуждать у пациента кошмарных фантазий о тиках, треморе и физической недееспособности.

Вместе с тем терапевт тоже может чувствовать сомнения относительно эффективности применения лекарственных препаратов и, несмотря на их употребление, считать, что улучшение пациента наступило вследствие эффекта плацебо. Даже в случаях, когда это сомнение может быть обоснованным, не стоит с презрением относиться к этому эффекту. Вспомните, что стадия медового месяца в психотерапии, в процессе которой многие симптомы могут исчезать, также представляет собой эффект плацебо. Это прямой результат действия фантазии переноса, которая в конце концов должна быть тщательно аналитически исследована и понята. Тем не менее и феномен медового месяца в психотерапии, и эффект плацебо при медикаментозном лечении выполняют важнейшую функцию. Они позволяют пациентам терпеть боль и фрустрацию от вступления в процесс, который бросает вызов их личности. Эффект плацебо дает время для развития

доверия, переноса и рабочих инструментов, чтобы в будущем во всеоружии встретиться с непредсказуемым развитием лечения.

Помощь консультанта-психофармаколога

Многие психотерапевты, в том числе психиатры, прибегают к помощи психофармакологов, когда возникает необходимость в дополнительном медикаментозном лечении. Хотя при таком содействии мы повышаем вероятность того, что будут сделаны наилучшие назначения, однако возникают и определенные проблемы. Расщепление единства терапевт-фармаколог может привести к тому, что терапевт будет отделять медикаментозное лечение от психотерапевтического процесса. Несмотря на то, что выписывать лекарства может консультант, который видит пациента периодически, главным авторитетом для пациента все равно остается психотерапевт. Могут возникнуть те проблемы, которые мы уже обсуждали. Если консультант начинает снижать дозу, пациент может реагировать так, словно терапевт готовится прекратить лечение. Следует применять все отмечавшиеся выше меры предосторожности, и терапевту необходимо исследовать, как пациент воспринимает лекарства, как если бы они были выписаны самим психотерапевтом. Поступая таким образом, мы к тому же способствуем удержанию переноса в кабинете психотерапевта.

Необходимо обратить внимание на возможные расщепления в сознании пациента между консультантом и психотерапевтом.

> Мужчина-гомосексуалист начал терапевтическое лечение с женщиной-психологом. Перед этим его время от времени консультировал мужчина-психофармаколог, который выписывал ему легкие транквилизаторы для снижения тревоги. Пациент настаивал на продолжении отношений с психофармакологом, несмотря на отсутствие каких бы то ни было симптомов, требовавших применения лекарств. Терапевт не чувствовал необходимости исследовать эти отношения.

Через какое-то время стало ясно, что, будучи гомосексуалистом, пациент испытывал страх перед терапией с женщиной. Наличие другого специалиста-мужчины придавало ему уверенности и даже позволяло ему исследовать свои чувства по отношению к женщинам. В этом случае медикаменты использовались для прикрытия. Важнее было наличие консультанта в качестве защиты против сильной зависимости и сексуальной близости с женщиной.

Мужчина, находясь в состоянии депрессии, избегал интроспекции как способа осознания и источника для начала изменений. Он посещал разных психофармакологов, которые прописывали ему целый ряд лекарств. Наконец, он нашел психофармаколога, которому поверил, и начал следовать его рекомендациям.

По истечении нескольких лет стало очевидно, что его депрессия, хоть и сдерживалась лечением, но продолжала калечить его жизнь. Он все больше отдалялся от женщины, которую любил, и, наконец, подумал, что ему нужно что-то делать с собой и со своей депрессией.

Он нашел психодинамически ориентированного психиатра и захотел начать лечение. Несмотря на то, что его новый психиатр мог выписывать лекарства, пациент попросил его позволить ему консультироваться у своего прежнего психофармаколога. Признавая амбивалентность пациента и учитывая тот длинный путь, который он прошел до этого, психиатр согласился и начал лечение в ситуации этого внутреннего расщепления.

Данный пациент нуждался в привычном для себя приеме лекарств для того, чтобы допустить более травмирующее воздействие терапевта.

Парадоксальное воздействие лекарственных препаратов

Один терапевт рассказал мне, что он несколько лет проводил интенсивное лечение сильно заторможенного пациента, у которого в процессе лечения невозможно было высвободить скрытые агрессивные намерения и связанные с ними аффекты. Каждый раз, когда пациент касался

больной для него темы, у него усиливалось проявление различных симптомов заболевания, поэтому его гнев уменьшался, и он отвлекался. В течение одного такого периода у него развился устойчивый психоз, и терапевт прописал ему курс медикаментозного лечения.

В период приема лекарств пациент стал открыто высказывать позывы к убийству не только своей жены и других членов семьи, но и терапевта. Терапевт осознал, что теперь, когда пациент принимает лекарства, он стал чувствовать себя спокойнее. Он понял, что теперь может обсуждать те проблемы, от которых он в прошлом отстранялся из страха. Употребление лекарств успокоило не только пациента, но и терапевта. Такое изменение ситуации позволило работать с материалом, которого избегали годами.

В данном примере психотропное лечение имело необычный дополнительный целевой объект — контрперенос.

Заключительные замечания

Последний клинический пример иллюстрирует, как правильное применение лекарственных препаратов способствует продвижению терапевтического процесса. Они не являются внутренне чуждыми друг другу. Когда медикаменты используются по правильным с клинической точки зрения показаниям, в интересах пациента, то трудно представить, как в долговременной перспективе их применение будет противоречить интересам психотерапии. Терапия должна реалистично подходить к явлениям жизни. Опасность существует тогда, когда механическое устранение симптома полностью подменяет собой настойчивые попытки человека изменить свою личность.

Для психотерапевта основным лозунгом является «психологический подход». Медикаменты, кроме своего физиологического воздействия, всегда будут иметь психологический эффект. Работа психотерапевта и заключается именно в том, чтобы настроиться на эти мысли и чувства и внести их в открытый терапевтический диалог. В этом смысле таблетки становятся зернами в мельнице переноса, доступными для психологического переваривания.

Глава 15. Реалии повседневной практики

В самом начале моего обучения, доктор Джек Юволт, директор нашей клиники, привлек наше внимание к сильному сопротивлению и упорному молчанию, характерному для процесса лечения пациентов с выраженными нарушениями. «Они не должны ни о чем тревожиться»,— убеждал он. «Позаботьтесь лишь о том, чтобы у вас было удобное кресло!» Это замечание, сделанное мимоходом, затронуло те тонкие связи, которые существуют между реальными базовыми потребностями работающего психотерапевта и требованиями терапии. Обстановка и распорядок работы должны быть удобны для терапевта и при этом соответствовать структуре лечения.

Наряду с эмоциональной депривацией, возникающей при следовании установке на поддержание нейтрального отношения к пациенту, терапевт страдает и от недостатка более простых вещей, находясь постоянно в одной и той же комнате, ограниченный четырьмя стенами. Я знал одну пожилую женщину-терапевта, которая однажды весной решила перенести свою практику в тихий внутренний дворик. Этот дворик был большим, тихим, очень красивым, и принадлежал ей одной. Через месяц она вернулась в кабинет. Все это время ни она сама, ни ее пациенты не могли сконцентрироваться; их слишком отвлекала бурная жизнь вокруг них. Внутренний мир души казался им менее привлекательным. Очевидно, что обстановка кабинета должна быть комфортабельной, но не отвлекающей.

Обустройство кабинета

При организации и меблировке своего кабинета имейте в виду, что следует создать такую рабочую обстановку, которая позволяла бы сосредоточиться и удовлетворяла нас с точки зрения удобства, не усложняя при этом терапевтическую задачу для нашего пациента. Например, хотя

вполне допустимо иметь на столе фотографии членов семьи, болезненная для пациента реальность нашей личной жизни будет тормозить обременяющие перенос фантазии, если эти фотографии будут находиться прямо перед его лицом. Произведения искусства, фотографии, книги и другие подобные предметы, отражая наш личный вкус, имеют более универсальное значение; они могут направить перенос, но не могут его приостановить или затормозить.

В целом, чем более постоянным остается окружение, тем больше оно сливается с фоном, позволяя внутренним образам пациента выйти наружу. Частые перестановки, замена мебели, отбрасывают пациента назад, во внешнюю действительность, вновь усиливая его сопротивление реальности. Терапевт растет, развивается и изменяется (хотя, надо надеяться, не радикально и не постоянно), и все перемены в его жизни, конечно, будут отражаться на обстановке кабинета, однако ему следует помнить о разумном балансе между внесением изменений и сохранением постоянства.

Нужно уделить серьезное внимание звуконепроницаемости кабинета. Мне думается, наиболее разумный способ защиты от шумов состоит в том, чтобы расположить кабинет в цокольном этаже, под землей. Звукоизоляция кабинета должна обеспечить, как минимум, защиту от внешних звуков, в особенности от человеческих голосов. Шум уличного движения теряется в лабиринте предсознательного, а ясная и четкая человеческая речь — нет. Проработав несколько лет психотерапевтом в психиатрической клинике, я стал принимать пациентов дома. Я был изумлен, ощутив, насколько снизилось мое напряжение и увеличилась возможность расслабления, когда я перестал слышать голоса проходящих людей, телефонные звонки и объявления службы информации клиники.

Особенности психотерапевтической практики накладывают и особые требования в отношении шума и физической активности. Например, детский терапевт, пациенты которого плачут и кричат, бегают и прыгают по комнате, может столкнуться с проблемами, работая в кабинете, находящемся над квартирой соседа, чувствительного к шуму.

Я был знаком с детским терапевтом-женщиной, которой только по этой причине приходилось изменять уже сложившийся метод работы. Она постоянно получала нарекания от хозяина помещения, связанные с прыжками и прочим шумом, раздававшимся из кабинета (например, люстры в офисе этажом ниже начинали раскачиваться). Она ловила себя на том, что ведет своих маленьких, но очень активных пациентов к столу с играми, вместо того, чтобы дать им возможность выразить свою фантазию в движении. Эти стратегии совершенно не подходили ни ее методу, ни ее пациентам. Она пришла к мысли о необходимости найти новое помещение, которое могло бы поглощать энергию, выделяемую во время ее практических занятий, а не подавлять ее.

Расстановка мебели может иметь совсем неожиданные последствия. Бывали случаи, когда терапевта отшвыривал в сторону (или ему доставалось еще сильнее) отчаянный порыв паранойяльного пациента к свободе. Поэтому кресло терапевта не должно стоять между дверью и пациентом.

Дистанция между пациентом и терапевтом определяется ощущением личного комфорта. Для некоторых терапевтов важно находиться на достаточном удалении, чтобы не относящиеся к делу звуки или движения не становились объектом пристального внимания пациента. Другие терапевты относятся к этому вполне безразлично. В том случае, когда пациент перемещает свой стул по направлению к терапевту, последний также может передвинуть свой стул, чтобы чувствовать себя комфортнее.

Часы

Часы — это тот весьма незначительный предмет обстановки, которому в психотерапии принадлежит огромная роль. В течение аналитического часа именно терапевт, а вовсе не пациент должен следить за временем. Время антирегрессивно и антисновидно, и сосредоточение на нем подавляет полет воображения в фантазии переноса. Следовательно, нам не нужно, чтобы часы были обращены к пациенту. Размещение их где-то за спиной пациента позволяет терапевту следить за ходом времени, не отвлекая внимания пациента. Такое расположение дает воз-

можность избежать быстрых взглядов украдкой на наручные часы или часы, висящие в отдаленном углу. Следует избегать громко тикающих часов. Они становятся похожими на китайскую пытку капающей водой для любого, кто ценит время, проведенное с терапевтом.

Салфетки

Другой небольшой предмет, имеющий огромный символический смысл, — это коробка с салфетками. Многие пациенты, впервые войдя в мой кабинет, сразу замечали коробку с салфетками рядом с креслом пациента. Часто они говорили: «Я рад видеть, что вы приготовились. Они мне понадобятся!» Иногда при выходе из кабинета пациент может взять несколько салфеток «на дорогу». Они становятся переходным объектом, который расширяет зону присутствия терапевта за пределы его кабинета. Отсутствие коробки с салфетками большинство пациентов обычно бессознательно расценивает как то, что терапевту тяжело переносить, когда пациенты грустят и плачут. Поскольку печаль — неизбежная составляющая аналитической терапии, наличие поддержки в виде салфеток указывает на то, что кабинет — это место, где плачут. Люди, которые боятся зависимости или нуждаются в резко очерченных границах между ними и терапевтом, могут отказаться пользоваться салфетками терапевта. Многие конфликты в отношениях переноса могут разворачиваться вокруг маленькой, незначительной коробки с салфетками. Среди предметов, входящих в инструментарий психотерапевта, коробка с салфетками — на первом месте.

Комната ожидания

Спокойная, удобная комната с прилегающей к ней туалетной комнатой, способствует более плавному переходу пациента к терапевтическому сеансу и выходу из него. Многие люди приходят на сеанс пораньше для того, чтобы только посидеть в комнате ожидания. Здесь появляются первые элементы регрессивного поведения, когда внешний мир временно уходит из психики. Журналы, которые

доступны абсолютно везде, читаются только в этой обстановке. Статьи, которые пациент может здесь найти, часто имеют существенное значение как для его прошлой жизни, так и сегодняшних конфликтов. Содержания таких статей можно коснуться в самом начале терапевтического сеанса, и этот прием может быть повторен несколько раз. Предрегрессивное состояние пациента перед аналитическим сеансом настраивает его на получение более глубокого впечатления от прочитанного материала. Такой материал похож на дневные остатки сновидений: на терапевтическом сеансе вокруг него могут кристаллизоваться латентные, конфликтные темы.

Желательно, чтобы комната ожидания была тихой. В ней не должно быть слышно того, что происходит в кабинете. Чтобы эмоции из кабинета психотерапевта не проникали за его пределы, можно использовать генератор белого шума. Пациенты не должны настраиваться на то, что им следует говорить тише, как только они входят в кабинет психотерапевта. Новым пациентам будет неприятно увидеть в комнате ожидания засыхающие или погибшие комнатные растения, старые, вышедшие несколько месяцев назад журналы и голые стены, даже если пациенты со стажем и не замечают такой явной демонстрации негостеприимности.

После аналитического сеанса многие пациенты направляются в туалетную комнату. Здесь, в одном из приватных мест, определенным нашей культурой, они могут как-то продолжить аналитическую работу или начать расслабляться, прежде чем выйдут во внешний мир.

Расположение кабинета

Расположение рабочего кабинета в доме терапевта или где-то еще зависит, по моему мнению, только от личного предпочтения. Я работал и так, и так, и если бы почувствовал, что одно из мест имеет особые преимущества для проведения психотерапии, то давно бы предпочел именно его. Что касается проведения психотерапии дома, я хотел бы лишь предостеречь, что подобное размещение кабинета должно учитывать потребности семьи и что сама

семья должна быть готова к ежедневной рутине психотерапевтической практики. Постоянное вмешательство семейной жизни в практику не способствует созданию нейтральной среды, необходимой для проявления бессознательных фантазий пациента. Не только пациент, но и терапевт пребывает в напряжении, уделяя слишком много внимания внешней реальности. Но иногда размещение кабинета дома создает возможность узнать что-то совершенно неожиданное для себя:

> Однажды поздним вечером меня попросили принять мужчину, который, по описанию, имел выраженную склонность к самоубийству. В тот момент мой рабочий кабинет не был изолирован от жилой части дома, и когда я пошел, чтобы принять этого пациента, то взял с собой свою собаку по кличке Фауст, чтобы она не лаяла и не будила моих детей.
>
> Войдя в кабинет, собака нашла себе тихий угол и устроилась там в полудреме. Пациент рассказывал мне свою несчастную историю. Когда аналитический сеанс стал подходить к завершению, я спросил о его суицидальных чувствах. Он откинулся назад и стал говорить спокойно и с непередаваемым чувством человека, определенно решившего покончить с собой. Вдруг при его словах моя собака приподняла голову, насторожила уши и стала повизгивать. Затем пес встал и в ужасе бросился к двери, ища выход. Я извинился перед пациентом, мягко заметив, что старый Фауст живет в доме психиатра, и он очень чувствителен к теме самоубийства.
>
> Первобытное стремление к смерти проходит через многие коммуникативные барьеры и у людей, и у собак. Я навсегда запомнил этот эпизод, в котором ясно видна сила невербальной аффективной коммуникации.

Основное теоретическое возражение против того, чтобы иметь кабинет дома заключается в том, что эти условия препятствуют развитию переноса. Домашний прием если в чем-то и убедил меня, то разве что в психологической силе бессознательного переноса. При том, что пациенты видят происходящее вовне — например, как мои дети входят и выходят из бокового входа в дом,— они воспринимают меня

по-разному: как отца двух девочек-близняшек, отца двух мальчиков, отца трех мальчиков, отца трех мальчиков и девочки, отца мальчика и девочки, как женившегося повторно и имеющего две семьи, как разведенного мужчину, по-прежнему использующего этот кабинет или как живущего с семьей в другом месте и просто снимающего этот кабинет. Можно напомнить о том, что Фрейд открыл явление переноса и исследовал его на протяжении более сорока лет, находясь при этом в стенах своего домашнего кабинета.

В том случае, когда психотерапевт принимает пациентов в домашних условиях, проблемой для него становится изоляция от научного сообщества. Следует обязательно участвовать в учебных или научных встречах с коллегами, чтобы иметь возможность частого профессионального общения. Это делает ум открытым для новых идей, но вместе с тем убеждает, что вы по-прежнему работаете, основываясь на проверенных, «старых» истинах. Работа в группе или в клинике предоставляет терапевту возможность ежедневного общения с людьми без оглядки на перенос. Более широкая социальная среда может оказать терапевту даже более эффективную поддержку, если список его пациентов слишком перегружен суицидальными пациентами, пациентами с агрессивным отыгрыванием или с разрушительными формами психоза.

Деньги

Обсуждая первичное интервью, я указал на комплекс мотивов, так или иначе связанных с отношением к деньгам. Деньги — столь же непростая тема, как и секс, и при ее обсуждении используют такие же завуалированные и потайные приемы. В обоих этих вопросах важно, чтобы терапевт действовал прямо и понимал, что он делает. Финансовые договоренности не следует связывать с необходимой пациенту терапией. Плата за психотерапию — исключительно деловой вопрос. Хотя из реакций пациента на стоимость лечения или на необходимость оплаты пропущенных сеансов можно извлечь полезный терапевтический материал, это не может быть самоцелью при обсуждении данного вопроса.

Многие терапевты заявляют, что у пациентов не будет достаточной мотивации к лечению, если они не платят за него. Я никогда не считал такие утверждения правильными, пока работал в клинике в те времена, когда оплаты третьей стороной практически не существовало. Некоторые мои пациенты платили, например, пятьдесят центов за сеанс, и можно было бы только мечтать, чтобы таким простым фактором как деньги можно было объяснять успех или неудачу терапевтического лечения. К сожалению, разнообразные несчастливые обстоятельства человеческих жизней оказывают значительно большее влияние на успех лечения, чем чувствительная и мотивирующая пациента сумма оплаты.

Фрейд изменил свой взгляд на мотивационную значимость денег, когда были проведены первые исследования в клинике Берлинского психоаналитического института (Eissler, 1974). Он заметил, что пациенты, которые платят мало, вполне успешно проходят курс лечения. Фактором, считавшимся более важным, чем оплата лечения, была длительность лечения; действительно, лечение мало платящих пациентов проходило дольше, чем обычно. Кроме того, оказалось, что эти пациенты чаще опаздывают и пропускают сеансы. Очень возможно, что анаклитически зависимые и чрезвычайно симбиотически привязанные пациенты будут дольше проходить терапию при низкой ее оплате. Однако я должен сказать, что, исходя из опыта собственной клинической практики, я пришел к выводу, что главными факторами, определяющими длительность лечения, являются природа переноса, способность его проработки, а также состояние контрпереноса. Конечно, если бы продолжительность лечения зависела только от денег, то понять взаимоотношения терапевта и пациента было бы гораздо проще.

Так как значительная часть негативного переноса может быть скрыта в установке пациента и его поведении, связанном с деньгами, терапевт дает разъяснения, четко рассказывая об основных правилах, касающихся порядка и формы оплаты, а также оплаты пропущенных сеансов. Отслеживая все отклонения от правил, можно увидеть, что за поведением в финансовых вопросах скрываются чувства.

Политика терапевта в отношении оплаты пропущенных сеансов может меняться в зависимости от его финансового положения, общей финансовой политики коллег, его загруженности терапевтической работой и желаниями данного конкретного пациента. Однако здесь должны существовать и определенные стандарты. Когда ситуация чересчур открыта, появляется слишком большое пространство для отыгрывания вовне не только у пациента, но и у терапевта. Когда финансовые отношения прозрачны, то и терапевту, и пациенту сразу становится ясно, если что-то идет не так. Ощущение вины и дискомфорта в отношении оплаты за услугу, основанную на любви и эмоциональной привязанности, заставляет многих психотерапевтов прятать свои финансовые дела «под ковер» своего Супер-Эго. Связанный с оплатой гнев пациента частично исходит из тех же источников. Когда на ранних этапах жизни человек получал любовь и заботливое внимание только от матери, то вопросы, связанные с оплатой, не входили в сферу его жизненного опыта. Бессознательное ожидание в переносе состоит в том, что терапевт будет играть роль, сходную с материнской, и при этом пациент чувствует злость, что за такие отношения надо платить.

Некоторые терапевты утверждают, что они берут плату за пропущенные сеансы только тогда, когда пациент что-то отыгрывает вовне. Такая позиция терапевта налагает на него роль всевидящего и всемогущего судьи. В подобном случае отыгрывание рассматривается как ненормативный акт, не способствующий пробуждению переноса при регрессивном направлении лечения, а пациенту отводится пассивная роль. Такая установка работает против совместной работы. Многим пациентам плата за пропущенные сеансы дает ощущение свободы: можно пропускать сеансы, не чувствуя при этом особой вины. Они думают, что могут не ходить на сеансы столько, сколько считают необходимым. При этом у них не возникает мысли, что они наносят терапевту финансовый ущерб. Эта идея может показаться им бессмысленной, если ее высказать так открыто. Зачем мне посещать сеансы, пока я не буду достаточно к этому мотивирован? Действительно, есть люди, которые вступают в отношения только

«задом наперед». Они говорят «здравствуйте», говоря «до свидания». Без такого лавирования они, возможно, не смогут перенести жар тесных отношений трансферентно-ориентированной терапии.

В психотерапии деньги можно сравнить с молчанием. И то, и другое обладает способностью обострять осознание терапевтом своих чувств по отношению к пациенту. Неприятные элементы контрпереноса становятся неизбежными, бросая вызов способности терапевта к пониманию и умению превратить это понимание в технику общения. Практическая ясность в отношении финансовой политики повышает его шансы извлекать преимущества из этого уникального источника переноса.

Расписание и рабочая нагрузка

Как правило, психотерапевты работают много и очень преданны своему делу. Страсть к работе благословенна, но при этом обязательно следует серьезно отнестись к возможному неумышленному перекосу, связанному со снижением внимания к личной жизни. Можно оказаться в положении, когда наносишь ущерб своей семье и самому себе, пренебрегая личной жизнью и проводя все время на работе, залечивая раны пациентов. Терапевту следует быть реалистичным в ограничении своего рабочего дня и общей нагрузки. Работа и только работа при отсутствии какой бы то ни было разрядки делают психотерапевтов не только скучными, но и склонными к депрессии людьми.

Конкретное расписание строится исходя из внутренних возможностей. Прием двух или максимум трех суицидальных пациентов является пределом для большинства терапевтов. Напряженность и сложность работы в таких случаях весьма высока; часто приходится тратить много времени на телефонные разговоры. Когда мы оказываемся в такой ситуации, не нужно делать ее совершенно невыносимой, записывая на прием еще одного суицидального пациента. Невозможно выдержать большую нагрузку. То же самое относится к импульсивным, отыгрывающим пограничным пациентам. Для каждого такого пациента требуется длительный период проработки, прежде чем возникнут

стабильные отношения. Если спрашивать, стоит ли в этот период принимать других пациентов с такими же расстройствами, ответом будет «нет», их уже и так слишком много. Естественно, если работать с пограничными состояниями в условиях стационара, то у терапевта будет больше энергии и других человеческих ресурсов для лечения таких пациентов. Но даже в этих условиях хорошо бы обращать внимание на внутренний психический «термометр», показывающий терапевту, насколько он загружен. Терапевт по своей сути является человеческим терапевтическим инструментом и как таковой он обладает хрупкостью, свойственной человеку. Пренебрежение к своей личности оказывает отрицательное влияние на профессиональную эффективность терапевта.

Продолжительность сеанса обычно составляет 45–50 минут. Сомневаюсь, что более короткий сеанс будет эффективен для аналитической психотерапии. Всегда проходит несколько минут, прежде чем пациент в процессе беседы дойдет до более глубоких уровней своей проблемы. Это обычно занимает от 15 до 20 минут, хотя некоторые пациенты на определенных этапах лечения уже готовы и ждут не дождутся момента, когда можно будет войти в кабинет терапевта. Время дает возможность пациенту справиться с болезненным материалом. Слишком короткий сеанс, например, 30 минут, может вызвать у пациента ощущение, что терапевт не склонен к длительным и глубоким разговорам. Желательно оставаться в пределах «часа» и существенно не продлевать и не сокращать сеанс. Такое строгое соблюдение времени — еще один способ контроля за контрпереносом со стороны и терапевта, и пациента. Чаще всего возникающее у терапевта чувство вины за то, что пациент не получил терапевтической помощи и облегчения, заставляет терапевта регулярно продлевать сеансы для данного пациента. Такое мини-депрессивное поведение со стороны терапевта полезно пациенту не больше, чем воспитание матерью, подверженной чувству вины. С другой стороны, когда пациент находится в кризисе, начинает вытирать слезы в первый раз за месяцы или даже годы терапии, внезапно открывается с совершенно новой стороны или оказывается в середине бурного рассказа, —

в таком случае необходимо продлить время сеанса. Это обычное проявление эмпатии.

Что касается времени, которое остается между сеансами... В самом начале практики я позволял себе между сеансами стандартные 10 минут. Вскоре я обнаружил, что мне нужно было сделать не так уж много телефонных звонков, чтобы специально выделять на них по часу или два в день, а мои записи не были настолько объемными и регулярными, чтобы поглощать много времени. Я ловил себя на том, что стою и жду, прохаживаясь по кабинету, своего следующего пациента, который обычно находился в таком же состоянии по другую сторону двери. Я стал работать в соответствии с реально сложившейся ситуацией и отошел от 10-минутного интервала между сеансами. Я получал наслаждение от своей работы и, заканчивая работу с одним пациентом, с нетерпением ожидал прихода следующего. Другие терапевты могут вести себя по-иному и восстанавливать силы во время перерыва. С практической точки зрения, поскольку пациенты нередко опаздывают или вообще пропускают сеансы, у меня хватает времени позвонить, ответить на необходимые звонки и сделать необходимые записи.

Курение, еда, разговоры по телефону

В последние несколько лет наши культурные установки в отношении курения изменились. Все меньше и меньше пепельниц видно в залах ожидания, особенно в клиниках, а теперь их не стало и в комнатах ожидания и приемных кабинетах многих психотерапевтов. Но курение по-прежнему остается важной темой. Для пациентов это один из общепринятых способов самоуспокоения и снятия напряжения, несмотря на то, что несет в себе потенциал саморазрушения. Разумеется, для некоторых этот аспект саморазрушения является сильной мотивацией к продолжению курения. В любом случае, многие пациенты будут спрашивать разрешения курить, есть или пить в кабинете терапевта.

Я всегда вспоминаю ответ покойного доктора Элизабет Цетцель на просьбу пациентов закурить во время аналитического сеанса. Доктор Цетцель обычно курила одну

сигарету за другой весь сеанс. Если пациент, находясь в этом облаке дыма, просил разрешения закурить, то она ему отказывала. Когда пациент протестовал и говорил, что она сама непрерывно курит, терапевт объясняла: «То, что вызывает тревогу у *вас*, — хорошо для терапии. То, что вызывает тревогу у *меня*, — для терапии плохо!»

Многие пациенты будут говорить, что это помогает им раскрепоститься, почувствовать себя уютнее и что это достаточно веская причина, чтобы разрешить им закурить, поесть или попить на сеансе. Что касается меня, то я отвечаю таким образом: мне не нравится дым и я не хочу, чтобы он сопровождал меня весь день и всю неделю. Что же касается еды и питья, я считаю, что меня слишком бы отвлекали размышления на тему, может ли негативный перенос проявиться в том, что кофе будет разлит по ковру моего кабинета. Обжегшись на молоке, дуют на воду; я научился этому очень быстро и не хочу создавать пациенту лишнюю возможность раздражать меня. Я предпочитаю следить за материалом своего контрпереноса по-другому; существует бесконечное количество его проявлений, помимо еды и питья. И опять же некоторые терапевты могут посчитать такое отношение слишком строгим. Возможно, так оно и есть, но крайне важно, чтобы терапевт определил комфортные для себя условия и при этом был практичным, реалистичным и последовательным в их поддержании.

Вопрос телефонной связи очень важен, так как он касается доступности терапевта. У терапевта всегда существует двойная ответственность: быть доступным для пациента, который сидит напротив него, и быть потенциально доступным для других пациентов при чрезвычайных обстоятельствах, которые могут сложиться вне стен терапевтического кабинета.

Во время сеанса я почти никогда не отвечаю на телефонные звонки. На моем автоответчике записана инструкция пациентам перезвонить позже или продолжать звонить при возникновении экстренной необходимости. Настойчивый телефонный звонок служит для меня сигналом, что в данном случае моя доступность для кого-либо извне оказывается приоритетной по сравнению с текущей работой,

и я поднимаю трубку. Я считаю для себя важным разъяснять пациентам, что я не отвечаю на телефонные звонки во время аналитического сеанса. Я чувствую, что пациентам очень тяжело раскрывать свои болезненные эмоции и ужасные события жизни, и это несправедливо, если им приходится сдерживаться, пока терапевт отвечает на звонки, которые почти всегда могут подождать. Пациент — не автомат, который можно включить и выключить. Кроме того, мазохизм многих пациентов будет заставлять их отрицать свои негативные чувства, возникающие в такие моменты.

Терапевты часто могут выбирать между подключением к службе ответов на телефонные звонки и автоответчиком. И тот, и другой способ имеют преимущества и недостатки. Человек, отвечающий на звонок, создает у пациента впечатление, что на другом конце провода есть кто-то живой, кто может объяснить, как нас найти, если мы находимся вне кабинета, и в случае необходимости будет искать нас, пока не найдет. Ранним зимним утром, когда еще темно и холодно, эта полезная телефонная служба будет ловить вас дома, прежде чем вы направитесь в кабинет, чтобы сообщить, что ваш первый пациент отменил встречу. Несмотря на то, что автоответчик является механическим устройством и часто лишает людей желания говорить, тем не менее он дает пациенту возможность оставить необходимое сообщение, полное аффективного заряда. При лечении зависимых пограничных пациентов такие известия часто становятся огромным благом. Эти люди получают от звонка огромное облегчение, звоня несколько раз в день и оставляя длинные сообщения. Они верят в то, что таким образом смогут добраться до терапевта. Автоответчик, как и терапевт, должен позволять оставлять длинные сообщения и принимать много таких сообщений. И с экономической точки зрения автоответчик имеет преимущество перед специальной службой ответов на звонки. Те обычно удваивают свою оплату после первого года работы. И опять же выбор того или другого средства зависит и от личного стиля терапевта и от тех клинических случаев, с которыми приходится иметь дело, и не в последнюю очередь — от качества службы приема звонков там, где работает терапевт.

Следует ли делать номер своего домашнего телефона общедоступным? Если вы имеете дело с большим количеством пациентов, выражающих негативные отношения в переносе через странные и несвоевременные телефонные звонки, вы без колебаний должны удалить номер вашего домашнего телефона из справочника. Достаточно нескольких телефонных звонков, в которых прозвучала бы угроза жизни вашим жене и детям, и тогда вы сразу почувствуете предел своих возможностей. Если же пациенты не так пугающе требовательны к терапевту, то, возможно, общедоступность номера домашнего телефона принесет некоторую пользу. Обычно многие пациенты для полной уверенности в терапевте хотят знать, что номер его домашнего телефона им доступен. Скорее всего, они никогда не позвонят. Когда у них нет возможности получить домашний телефон, они могут постоянно названивать в кабинет, чтобы удостовериться в том, что могут найти терапевта.

Заключительные замечания

В повседневной терапевтической практике существует много деталей, которые можно было бы включить в эту главу. Я постарался познакомить читателя с теми из них, которые, по моему мнению, являются предметом постоянного интереса при клинических обсуждениях. Основной принцип был очень удачно сформулирован доктором Джеком Юволтом: так как психотерапевтический процесс требует значительных психических затрат, следует, исходя из этого, создать такую обстановку и организацию приема пациента, чтобы она давала терапевту чувство комфорта, безопасности и реалистичной удовлетворенности. Этого можно достичь, постоянно имея в виду цели терапии, ее ограничения и понимая, что необходимо наличие разумного баланса между личными и терапевтическими интересами. Терапевту не нужно проявлять больше мазохистского самопожертвования , чем пациенту.

Глава 16. Избранная методическая литература

Есть книги, к которым человек возвращается снова и снова. Они развивают не только наши технические навыки, но и нашу профессиональную компетентность и философию. Суть терапевтической работы состоит в том, чтобы снова и снова проверять и перепроверять верность всех ранее сделанных открытий. При чтении этих книг мы чувствуем пробуждение интереса, поскольку они проливают свет на наши ежедневные открытия.

Приведенный ниже список[1] не претендует на полноту, а содержит избранную литературу, перечисленную в хронологическом порядке. Заинтересованные терапевты, безусловно, дополнят этот список в зависимости от своих собственных интересов и пристрастий.

Зигмунд Фрейд (Sigmund Freud)

«Советы врачу, занимающемуся психоаналитическим лечением» (1912)
«О начале лечения» (1913)
«Воспоминание, повторение и переработка» (1914)
«Заметки о любви в переносе» (1915)
«Из истории одного детского невроза» (1918)
«Заметки об одном случае невроза навязчивых состояний», включая «Приложение» и «Оригинальную запись случая» (1909)
«Конечный и бесконечный анализ» (1937)
«Конструкции в анализе» (1937)
«Толкование сновидений» (1900)
«Практика толкования снов в психоанализе» (1911)
«Заметки о теории и практике толкования сновидений» (1923)

---

[1] Прямым шрифтом помечены статьи и главы работ, курсивом — книги.

Эти работы поражают своей ясностью и конкретностью советов. Читающие их впервые изумляются и восхищаются богатством приведенного в них клинического материала и относительной свободой от метапсихологии. Читателей ошеломит и буквально заставит трепетать редкое умение Фрейда говорить о повседневной клинической практике. Статья, посвященная любви в переносе, написана человеком, обладающим исключительной литературной одаренностью; она отражает эмпатическое осознание реалистических элементов в эмоционально насыщенном переносе. Описание двух клинических случаев позволяет проследить за ходом мысли гения в процессе совершения открытия и содержит замечания и размышления, которые вызывают у читателя восхищение, согласие или возражения. Читая «книгу сновидений», можно пропустить первую библиографическую главу. Однако следует иметь в виду, что это историческая книга, в основе которой лежит биография Фрейда. Написанная вскоре после смерти его отца, она содержит много описаний снов самого Фрейда. Это исключительно интересный пример попытки самоанализа. В работе приведено много клинических случаев, развивающих понимание клинической практики. Не отвлекайтесь на метапсихологию, клинические описания хороши сами по себе. Две статьи о сновидениях посвящены тому, «как это делается», и наполнены конкретными практическими советами. Статья, написанная в 1937 году, незадолго до смерти Фрейда, содержит некоторые из его последних суждений о методах и возможностях аналитической терапии и теории психоанализа.

Шандор Ференци (Sandor Ferenczi)

«О методе психоанализа» (1919)
«Проблема завершения анализа» (1927)
«Эластичность психоаналитической техники» (1928)
«Детский анализ в анализе взрослых» (1931)
«Исторический обзор некорректных методов психоаналитической техники» (в соавторстве с Отто Ранком, 1923).

Полеты воображения Ференци могут вас изумить или вызвать возражения, но при этом на вас обязательно произведет впечатление широкий спектр и изобретательность терапевтических подходов и техник этого пионера психоанализа. В течение многих лет Ференци был воплощением терапевтического совершенства — его рекомендовали самым трудным пациентам, а также пациентам, потерпевшим неудачу в психотерапии. Ференци заслужил самую высокую оценку Фрейда. Его энергия, клинический такт, эмпатия и уверенность заметны в его трудах. Многие вопросы, о которых он писал, так и остались неразрешенными, в частности, вопрос о степени активности терапевта.

Рут Мак-Брунсвик (Ruth Mack-Brunswick)

«Дополнение к работе Фрейда “Из истории одного детского невроза”» (1928)

Здесь собрано все самое сложное из того, что связано с интерпретацией сновидений. В данной статье описано, как сны используются для диагноза и оценки защитных стилей, интерпретаций, реконструкций, прогноза продолжения курса лечения и его завершения. Эта статья примечательна тем, что в ней названо реальное имя пациента Фрейда, известного ранее как Вольфсманн (Человек-Волк). Когда Фрейд был тяжело болен и не мог принять этого пациента, обратившегося к нему в связи с новым обострением, он направил его к Мак-Брунсвик.

Герман Нунберг (Herman Nunberg)

«Воля к выздоровлению» (1926)
«Проблемы терапии» (1928)

Один из основателей Венского кружка, Нунберг — великолепный мастер проникновения в иррациональные мотивы поиска и продолжения терапии пациентом.

Джеймс Стрэйчи (James Strachey)

«Характер терапевтической работы в психоанализе» (1934)

С откровенной прямотой Стрэйчи подчеркивает «преобразующий» эффект живых трансферентных интерпретаций. Он делает акцент на смягчении Супер-Эго вследствие идентификации с благотворными функциями терапевта. Такой взгляд содержит истоки современных видов терапии, связанных с объектными отношениями; эти терапевтические методы фокусируются на эффектах симбиоза в переносе. Стрэйчи — основной переводчик двадцати четырех томов Полного собрания сочинений Фрейда на английский язык.

Элла Фримен Шарп (Ella Freeman Sharpe)

«Техника психоанализа: семь лекций» (1930)
«Анализ сновидений» (1937)
«Психоаналитик» (1947)

Бывший преподаватель литературы, Шарп стала одним из первых английских аналитиков. Любую затронутую ею тему она превращала в литературное золото. Шарп чрезвычайно компетентна в вопросах клиники, весьма чувствительна к бессознательным корням языка, а ее общение с пациентами является образцом гуманистического такта.

Теодор Райк (Theodor Reik)

«Сюрприз и психоаналитик» (1937)
«Слушание третьим ухом» (1948)

Иногда подозревали, что у Райка больше чем три уха. Он был мастером интуиции и проникновения в бессознательное. От Райка вы приобретете доверие к интуиции и наличию резонанса бессознательного терапевта с бессознательным пациента. Эти работы — несложные (неме-

тапсихологические) клинические подходы к применению «контрпереноса» задолго до того, как он стал предметом, заслуживающим уважения.

Микаэл Балинт (Michael Balint)

«Конечная цель психоаналитического лечения» (1934)
«Изменение терапевтических целей и методов в психоанализе» (1949)
«Новое начало и параноидная и депрессивная позиции» (1952)
«Базисный дефект» (1968)

Балинт, венгр по происхождению, был сподвижником Ференци, своего аналитика и учителя. Им обоим была свойственна душевная теплота и страсть к клинической работе. Сделав акцент на глубокой регрессии и проявляя мужество при лечении трудных пациентов, Балинт интегрировал детский анализ Мелани Кляйн в лечение взрослых. Множество клинических подходов Балинта в настоящее время нашло отклик в философии лечения Кохута, центром которой является эмпатическое принятие.

Эдвард Гловер (Edward Glover)

«Общепринятая техническая практика: Анкетное исследование» (1939)
«Техника психоанализа» (1955)

Если человек решит, что аналитическая техника не допускает разнообразия, то, пролистав страницы опросника Гловера, изданного в 1938 году, он вскоре откажется от таких мыслей. Поразительно, что многие «классические» аналитики, труды которых сейчас украшают домашние библиотеки, имели чрезвычайно широкий спектр техник. Британская практичность Гловера очевидна читающему его учебник, который полон полезных советов на каждый день для активно практикующего терапевта, а также теоретических обобщений для тех, кто имеет склонность к концептуальному осмыслению фактов.

Фрида Фромм-Райхманн (Frieda Fromm-Reichmann)

«Принципы интенсивной психотерапии» (1950)

Фромм-Райхманн была добрым и мудрым терапевтом, она «никогда не обещала вам райские кущи». Тем не менее ее текст — это настоящие «райские кущи»! Кажется, что цветы ее клинического опыта и человеческой мудрости никогда не завянут. Фромм-Райхманн была среди первых терапевтов, занимавшихся психотерапевтическим лечением пациентов с сильными нарушениями психики и психотиков. Ее книга позволила создать аналитическую структуру и дать рациональное обоснование интенсивной работы с неневротическими пациентами в стиле, лишенном харизматической эксцентричности. Она предложила модель, которая была хорошо согласована с повседневной клинической практикой психотерапевта.

Гарри Стэк Салливен (Harry Stack Sullivan)

«Психиатрическая беседа» (1954)

Возможно, единственным величайшим талантом среди уроженцев Америки в области научной и практической психиатрии был Гарри Стэк Салливен. Многие его работы трудно понять; но, глубоко в них вникнув, вы будете вознаграждены. В большинстве из них нашло отражение исключительное понимание Салливеном развития психологических защит и их связь с тревожностью в межличностных отношениях. Среди всех его работ, безусловно, выделяется *Психиатрическая беседа*. Познакомившись с этой книгой, читатель углубит свое представление о влиянии одного человека на другого. Вас не должна отпугивать общая ироничная и пессимистичная тональность и легкая конфронтация с пациентом. В работе с больными шизофренией Салливен зарекомендовал себя как мастер психотерапии.

Дональд В. Винникотт (Donald W. Winnikott)

«Ненависть в контрпереносе» (1947)
«Метапсихологические и клинические аспекты регрессии в условиях психоанализа» (1954)
«Клинические разновидности переноса» (1955)
«Способность переносить одиночество» (1958)
«Контрперенос» (1960)
«Цели психоаналитического лечения» (1962)

Чтение Винникотта — необычное занятие. Даже если его текст не совсем понятен, все равно остается определенное чувство, что вы чему-то научились. Будучи в прошлом педиатром, Винникотт сконцентрировал свое внимание на работе с инфантильными и регрессивными элементами лечения. Грудь, мать и ребенок — понятия, которые не сходят со страниц его трудов. Следовательно, бессознательное читателя находится под воздействием стимулов, обходящих сознание. Многие сочтут такой тип стимуляции смутным и непонятным — почти мистическим. Другие получат от его работ заряд эмоций, приятное удовлетворение и поддержку в работе с регрессивными пациентами и контрпереносом.

Сидни Тарачов (Sidney Tarachow)

«Введение в психотерапию» (1963)

Ранняя смерть Тарачов лишила нас первоклассного преподавателя и клинициста. Его учебник, в котором собраны материалы семинаров для кандидатов-терапевтов, содержит бесконечное множество важных клинических и терапевтических вопросов. Эти семинары не придуманы; они основываются на клинической практике или вопросах, требующих обсуждения. Трудные, повседневные противоречия клинической практики находят реалистическое разрешение. Материал клинических случаев обладает тем преимуществом, что представляет широкий диапазон заболеваний, а не относится к какой-то одной группе пациентов. Эту книгу наряду с работами Фромм-Райхманн

я всегда рекомендую начинающим терапевтам и очень часто возвращаюсь к ней сам.

Гарольд Ф. Сирлз (Harold F. Searles)

«Попытки свести другого человека с ума — элемент этиологии и психотерапии шизофрении» (1949)
«Истоки тревожности при параноидной шизофрении» (1961)
«Стадии взаимодействия между пациентом и терапевтом в процессе психотерапии хронической шизофрении» (1961)
«Пациент как терапевт своего психоаналитика» (1975)

Читать описание проводимой Сирлзом психотерапии — все равно что наблюдать диффузию бессознательного сквозь полунепроницаемую мембрану между пациентом и терапевтом. Способность автора создать переживание первичного процесса и использовать его для понимания и технической интервенции захватывает дух и вызывает воодушевление. Его формулировки, появившиеся в результате работы с психотиками, так хорошо схватывают основы мышления в первичных процессах, что имеют универсальное значение и будут оказывать влияние на весь спектр вашей работы.

Филлис Гринакр (Phyllis Greenacre)

«Роль переноса: Практические вопросы в связи с психоаналитической терапией» (1954)
«Переоценка процесса проработки» (1956)
«Некоторые технические проблемы в отношениях переноса» (1959)

Кроме блестящего знания теории и прикладного психоанализа, Гринакр отличается способностью констатировать явные факты клинического опыта. Ее подход к проблемам, возникающим в кабинете терапевта, основан на здравом смысле и напоминает прямые описания пионеров психоанализа.

Ральф Р. Гринсон (Ralph R. Greenson)

«Техника и практика психоанализа» (1967)
«Исключительная роль сновидений в клинической психоаналитической практике» (1970)

С клинической точки зрения учебник Гринсона чрезвычайно полезен. В нем представлен образ опытного практика, всегда стремящегося соотносить реальность с теоретическими концепциями. Иногда это может потребовать от читателя слишком большого воображения, однако ценность этого учебника заключается во всеобъемлющем обзоре технических подходов. В его статье, посвященной сновидениям, упоминаются все «отступники», это делает поразительно ясным классический взгляд автора и создает четкое представление о противоположной точке зрения.

Отто Ф. Кернберг (Otto F. Kernberg)

«Прогностическое описание организации психики пограничной личности» (1971)
«Технические подходы к лечению больных с пограничной организацией личности» (1976)

Чтение предложенного Кернбергом объяснения клинической картины подобно созерцанию граней бриллианта. Множество разных граней и блеск ослепляют человека вблизи, зато на расстоянии от бриллианта исходит многозначное сияние, и человек, изучивший книги Кернберга, начинает чувствовать себя знатоком.

Брайан Берд (Brian Bird)

«Заметки о переносе: Универсальное явление и самая сложная часть анализа» (1972)

Берд тщательно разрабатывает тему негативного переноса, который является источником многих терапевтических тупиков и неудач. Однако он уделяет также пристальное внимание факторам переноса-контрпереноса,

утяжеляющим или облегчающим преодоление такого рода тупиков. Его понимание служит в качестве поддерживающей модели в тех случаях, когда тупик в терапии может стать основой для проработки.

Арнольд Г. Моделл (Arnold H. Modell)

«Поддерживающая среда и терапевтическое действие в психоанализе» (1976)

Винникотт приезжает в Америку. «Поддерживающая среда» становится клиническим «обволакивающим переносом», а Моделл соединяет теорию объектных отношений и Эго-психологию. Мысли, почерпнутые из этой короткой статьи, долго не покидают заинтересованного человека.

Курт Р. Айсслер (Kurt R. Eissler)

«О некоторых теоретических и технических проблемах, связанных с оплатой психоаналитического лечения» (1974)

Деньги!.. Не давайте этому навязчивому слову отпугнуть вас. Это одна из лучших статей, когда-либо написанных на тему денег и их значения в психотерапии. В ней приводятся запоминающиеся истории о борьбе терапевтов с этой проблемой; при этом здесь предостаточно собственных рекомендаций автора.

Самюэль Д. Липтон (Samuel D. Lipton)

«Преимущества метода Фрейда, раскрываемые на примере его анализа Раттенманна»[1] (1977)

Липтон подбирает клинические случаи, когда Фрейд в своей работе с пациентами покидал позицию нейтральности — кормил пациентов, одалживал им деньги, давал кни-

---

[1] См. послесловие научного редактора.

ги или высказывал свои взгляды и мнения. Он отделяет то, что Фрейд считал техникой, от того, что тот относил к области совместного проживания терапевтом и пациентом процесса лечения. Это довольно провокационная статья.

Гарри Гантрип (Hurry Guntrip)

«Мой опыт анализа с Фэйрберном и Винникоттом» (1975)

Наверное, это одна из самых необычных статей во всей клинической литературе. Раскрывается клиническая работа трех столпов английской школы объектных отношений. Это реализация старой фантазии о том, чтобы превратиться в муху на стене.

Джон Клаубер (John Klauber)

«Некоторые редко описываемые элементы психоаналитических отношений и их терапевтическое применение» (1976)

Каковы воздействие, напряженность и результат терапевтической жизни с другой личностью — пациентом — при продолжительной фрустрации? Прекрасный английский клиницист раскрывает перед нами эту невероятно сложную проблему в очень небольшой по объему статье.

Хайнц Кохут (Heinz Kohut)

«Восстановление самости» (1977)
«Два случая анализа м-ра Z» (1979)

Не нужно быть приверженцем психологии самости, чтобы обогатить себя эмпатической мудростью Кохута. Методы и подходы Кохута совместимы с любой системой терапии, где делается акцент на раннем развитии, остром слушании и внимании к полностью развившемуся переносу. Именно эти две книги демонстрируют преимущество теории Кохута после его разочарования в классической метапсихологии.

Элвин В. Семрад (Elvin V. Semrad)

«Сердце терапевта» (1980)

Все самое лучшее в личности Семрада нельзя описать в книгах. Сам он рекомендовал начинающим терапевтам только одну книгу – «пациент». Его гениальность проявлялась в клинической работе, и ее могли оценить лишь те, кто наблюдал за его беседой с пациентом. И даже если только частица его сердца будет передана читателю вместе с этим сборником историй и рассказов, то это окажется достаточной наградой. Может показаться, что большинство этих афоризмов исходит от круглолицего Будды из Небраски.

Глава 17. Подводя итоги

«Лечение... — это не наука, а интуитивное искусство постигать природу».
В. Х. Оден. «Искусство исцеления»

Терапевт постигает природу. Природа не создается терапевтом, но он глубоко ее уважает, пытается понять в меру своих возможностей и бережно способствует ее пробуждению. Это перенос. В этом процессе, который имеет свое начало, продолжение и завершение, реально мыслящий терапевт лицом к лицу сталкивается с формами, тенденциями, пластичностью и пределами человеческой природы. Интуиция, которая извлекает на поверхность огромное количество фрагментов человеческого переживания, зачастую просто эмоциональных осколков, является основным подспорьем практикующего терапевта. В этом смысле терапия напоминает искусство, объединяющее отдельные элементы в целостный образ. Однако поскольку она в определенной степени опирается и на опытные данные, то мы не можем согласиться с Оденом и должны признать научность психотерапевтического подхода. Настойчивое и тактичное обращение к фактам вместе с пациентом — это вполне научный процесс, хотя во многом он может принимать форму искусства. Тем не менее выражение Одена «постигать природу» схватывает наиболее существенные аспекты роли терапевта в процессе исцеления.

Нить Ариадны

Искусству исцеления средствами психотерапии присуща одна странная особенность: целитель зависит от пациента в выборе направления лечения и в своих предписаниях. Каждое новое терапевтическое предприятие ожидает неизвестность, перенос является путеводной нитью через

непредсказуемость грядущего таинства. Очень точный метафорический смысл имеет здесь легенда о Тесее в лабиринте Кносса. Тесей попал в лабиринт, темную кошмарную ловушку, обиталище страшного Минотавра. Влюбившаяся в Тесея Ариадна дала ему клубок ниток, который, разматываясь, помогал ему идти в темноте. С его помощью он убил Минотавра и нашел выход обратно, на свободу. Так же и терапевт, неуклюже стараясь разобраться в бессознательных и зачастую небезопасных процессах, использует перенос, чтобы организовать и направить свою работу с пациентом. В противном же случае терапевт растеряется и лишится ориентиров, столкнувшись с этими процессами немыслимой сложности. В конечном счете и сам пациент, прислушиваясь к себе, использует перенос для достижения общих с терапевтом целей. В приведенных в этой книге клинических примерах я попытался показать, каковы особенности проявления переноса на начальной, средней и завершающей стадиях лечения. Если у переноса есть все возможности для расцвета и последующего разрешения, то каких изменений нам следует ожидать у пациентов при включении их в психотерапию, ориентированную на отношения переноса?

Изменение

Мы обсудили целый ряд факторов, которые вовлечены в терапевтический процесс, направленный на изменение. В какой-то момент я попытался сгруппировать их под рубриками «привязанность», «понимание» и «интеграция». Все эти сложные клинические характеристики весьма разнообразны по своему содержанию. К каким же результатам мы приходим в конце терапии?

Симптомы и характер

На самом поверхностном уровне у пациента можно снизить проявление выраженных симптомов:

> Умная и деловитая женщина пришла на последний сеанс трехлетнего курса психотерапии со следующим резюме:

«Мне бы хотелось подвести итог тому, чего я достигла в процессе лечения... Моя сексуальность находится на уровне, которого никогда не достигала раньше. Сейчас я могу достигать оргазма несколько раз в неделю и, по правде говоря, хотела бы еще чаще. Мне нравится это, и я чувствую такое облегчение... Развод для меня больше не является проблемой... Я смогу перенести гнев своего мужа, его депрессию и все его срывы. Я даже думаю, что понимаю его лучше, чем себя... Как прекрасно иметь ребенка. Я чувствую это как мать... Меня не так уж обременяет чувство вины. Я могу спорить с мужем и потом не ощущать особой тревоги... И несмотря на то, что я по-прежнему испытываю горечь по отношению к своей матери, я чувствую, что понимаю ее лучше и могу пережить некоторое мое сходство с ней... хотя по-прежнему ощущаю себя почти опустошенной из-за ее холодного отношения и неприятия».

В этом кратком подведении итогов нашей работы она не нашла для меня практически никакого места. Когда я указал ей на это упущение, мы объяснили его тем, что пациентка до сих пор страдала тем же недугом, которым была поражена ее мать: страхом зависимости, склонностью изолировать чувства любви и благодарности и устанавливать «прохладную» социальную дистанцию. Пациентка очень хорошо ощущала это качество своей личности в своем переносе на меня; оно глубоко запало в ее характер, и она подозревала, что проведет остаток жизни в борьбе за то, чтобы как-то с ним справиться. Хотя ее острый ум замечал очевидные внешние изменения, перенос выявил для нас оставшуюся часть работы, которая должна была быть сделана.

Терапия этой женщины была сконцентрирована большей частью на ее женском образе: заботливая жена, сексуальная жена, мать новорожденного ребенка, дочь своей матери и женщина, имеющая профессию. Теперь она чувствовала значительные сдвиги в этих весьма различных сферах жизни, вызванных пониманием и изменениями, которых она достигла в терапии. Она почувствовала уверенность, что могла бы продолжить работу самостоятельно

и справиться с конфликтами, центрированными вокруг ее женской сути, опираясь на собственные силы и желания.

В этом примере наглядно представлены три важные перспективы и возможности для обоснованного завершения лечения. Первая из них — изменение симптоматики. Вторая — изменение характера. Многие из наших клинических примеров относятся ко второй категории. Несмотря на очевидную важность такого изменения в работе с нарушениями невротического характера, я постоянно подчеркивал значимость характерологического изменения Эго, подверженного психозу. Для людей, подверженных психотической регрессии, усиление их способности любить и быть любимыми, зависеть и быть зависимыми, отдаляться от кого-либо и позволять подобное отдаление препятствует развитию их патологических проявлений.

Возрастной рывок: возвращение на свою дорогу

Третьим возможным результатом лечения является возвращение человека к нормальному ходу его возрастного развития. Развитие этой пациентки как женщины было остановлено в период ранней взрослости, хотя причины этого нужно искать в более раннем возрасте. Терапевтическое лечение в таких случаях очень похоже на терапию, проводимую с детьми и подростками. Когда пациент молод, то значительно легче определить, какие препятствия, относящиеся, как правило, к отдалению от дома и семьи, встают перед ребенком или подростком на пути их развития. Сходным образом можно описать трудности и жизненные препятствия, возникающие у людей преклонного возраста. Пациентка, о которой только что шла речь, подошла к той стадии жизни, на которой оказываются многие женщины, приближающиеся к тридцати годам. Они вынуждены противостоять трудностям, характерным для той многогранной роли, которую должна выполнять взрослая женщина. Эти столкновения происходят постоянно и продолжаются всю жизнь. Из разговоров с женщинами, которым сорок, пятьдесят, шестьдесят и больше лет, становится ясно, что они постоянно сравнивают себя с матерью, бабушкой, детьми

и внуками и другими значимыми людьми в своей жизни. Нечто подобное происходит и с мужчинами.

Итак, мы можем оценить лечение по тому, в какой степени оно позволяет человеку «вернуться на свою дорогу». Тридцатишестилетний мужчина, известный своей способностью к лаконичным выводам при обсуждении сложных вопросов, так сформулировал на своем последнем сеансе итог интенсивной терапии длительностью в пять с половиной лет: «Забыть маму! Жениться!» И вскоре он довольно успешно сделал и то, и другое.

Развитие и человеческая природа

Обсуждение перспективы развития вновь возвращает нас к выражению «постигать природу». Проведенная с пользой психотерапия возвращает блокированному в своем развитии человеку тот естественный потенциал, который позволяет ему продолжать жить. Некоторые люди приходят к терапевту с надеждой получить то, чего у них нет. По иронии судьбы терапевт может «дать» только то, что пациент уже имеет. Это часть природы, которой следует терапевт. Пациент, который не чувствует себя в состоянии любить, может прийти к осознанию, что он любит терапевта. Эта любовь свойственна самому пациенту; по существу, терапевт является заботливым садовником, культиватором, который, как и пациент, чувствителен к воздействию ветра, погоды и солнца, определяющих судьбу терапевтической работы. Даже при наличии самого лучшего лечения какие-то катастрофы могут перевесить недавние достижения. Смерть ребенка или супруга или приводящая к инвалидности болезнь часто заставляют увидеть эфемерность достигнутого терапевтического успеха. С другой стороны, иногда нам помогает Судьба, и удачное стечение обстоятельств оказывает поддержку в нашей терапевтической деятельности.

Возвращение на магистральную дорогу развития имеет очень большое значение. Когда пациенты чувствуют, что жизнь для них скорее открыта, чем закрыта, что они могут расширять свои границы и взрослеть, испытывая при этом чувство преемственности вкупе с ощущением

изменения, жизнь приобретает для них спонтанную привлекательность. Говоря иными словами, во взгляде на жизнь и в человеческих ожиданиях возрождается надежда. Часто в состоянии застоя существует безнадежность, которая приводит людей к терапевту. Позитивный результат терапии по-разному объясняется разными терапевтическими школами. Одни называют его самоактуализацией, другие — развитием самости, третьи — какими-то другими терминами и понятиями, выражающими способность личности к интеграции и одновременно — к прогрессивному развитию.

Сложно обсуждать эту точку зрения, не ссылаясь при этом на трезвое и глубокое замечание Фрейда относительно возможностей лечения: «Мы исходим из того, что все то, что невротик приобретает в анализе, здоровый человек достигает без этой помощи» (1937a, p. 225). Несколько лет клинического опыта помогут оценить это как совсем немалое достижение.

> Во время завершающей фазы очень длительного лечения женщина прокомментировала замечание Фрейда следующим образом: «Одну вещь этот процесс уже сделал: он перевел трагедию в обычное несчастье... Я всегда считала, что это замечание является пародией, но я больше так не чувствую. Моя жизнь изменилась — и изменилась к лучшему!»

Жизнь после лечения: Terra Incognita

Значительная часть результатов лечения всегда остается неизвестной терапевту. Такую неясность только частично можно объяснить недостаточной широтой нашего видения. Более важно то, что многие изменения происходят уже *после* завершения терапии. Реальная сепарация от терапевта позволяет пациенту более рационально справиться с печалью, связанной с переносом. Она приводит к развитию личности бывших пациентов. Мы имеем информацию о таком развитии тех пациентов, кто пишет нам, посещает нас после окончания лечения или испытывает потребность в дальнейшем лечении.

Однажды у меня проходила лечение девушка-подросток, страдавшая тяжелой депрессией и склонная к суициду. В процессе двухлетнего лечения она высмеивала мои замечания, мысли, манеры и рекомендации. Словно выполняя ритуальное действие, она заканчивала каждый сеанс, встав в дверях и громко заявляя: «Ну и что это значит? Ничего, ничего! Мы только и делаем, что говорим, говорим. Пустая трата времени!»

На нашем самом последнем сеансе — когда ей было около семнадцати лет — она остановилась в дверях и заявила: «Ну, и чего мы достигли? Совершенно ничего. Все, что мы делали, только говорили да говорили!»

Лет десять тому назад мне позвонила женщина-терапевт из другого города. Она недавно встречалась с этой пациенткой, которая теперь была молодой женщиной лет двадцати восьми. Пациентка снова была в депрессии. Терапевт сообщила мне, что пациентка рассказала ей, каким замечательным я был во время того ее кризиса, как великолепна была моя терапия и как это ее поддерживало, пока ей снова не стало плохо. Терапевт позвонила мне, чтобы узнать, как я работал с пациенткой, думая, что с ее стороны будет правильно работать точно так же.

Аффективная интеграция: инстинктуализация Эго

Иногда мыслящие терапевты ощущают растерянность с пациентами, которые откровенно признают, что в психотерапии инсайт не является их главной целью; они просто хотят лучше себя чувствовать. На самом деле такие высказывания ближе к аффективным желаниям, которые побуждают людей искать помощи терапевта. Как уже отмечалось, это потеря любви, реальной или воображаемой, которая заставляет большинство людей горевать. Именно надежда на возвращение любви мотивирует пациента и помогает ему переносить дискомфорт, связанный с поиском помощи у чужого человека. Аффективное желание направляет пациента к терапевту, от которого он ожидает «лечения», то есть изменения его аффективного состояния.

По моим наблюдениям, для большинства людей самым значительным изменением в психотерапии — *результатом* инсайта в противоположность *процессу* инсайта — является подавление и вытеснение возникающих по ходу лечения инсайтов и замещение их измененным, насыщенным, стабильным аффективным состоянием. Такое аффективное состояние представляет собой кристаллизацию личностных изменений, достигнутых в результате терапевтического процесса. Оно отражается в изменившемся базовом характерологическом настроении, в предрасположенности к определенным настроениям и аффектам, а также в новых способностях принимать, терпеть и переживать аффективные состояния.

Базовое аффективное состояние немедленно сказывается на потенциальных возможностях человека в работе, игре и любви. Когда мы хорошо знаем человека, один взгляд на него может нам дать информацию, готов ли он к работе, игре и любви. Люди обычно говорят о результатах своего лечения: «Я чувствую себя лучше» — или иногда: «Я чувствую себя по-прежнему» — или: «Мне стало хуже». Через некоторое время после завершения лечения все детали отработки и проработки — проясненной психодинамики — уходят из сознания. Символическое осознание отражается в аффективном состоянии. Особая эмоциональная аура окружает и процесс лечения, и самого психотерапевта. Могут сохраниться и определенные образы. Часто они довольно случайны и тривиальны в контексте многочисленных бурных эмоций, пережитых в процессе лечения. Эти образы суть покрывающие воспоминания, похожие на сны. Если полностью раскрыть их значение, они развернулись бы в вытесненные и забытые переживания лечения. Но при этом остается главное эмоциональное переживание, связанное с терапевтическим опытом и с самим терапевтом.

Символическое осознание отражается в аффективном состоянии. В каком-то смысле оно похоже на круиз-контроль в машине: вы ставите машину на определенную скорость и больше не заботитесь о том, чтобы переключать передачи, тормозить или изменять скорость. Вы возвращаетесь к этим органам управления только в том случае,

когда дорожное движение вызывает тревогу и начинает конфликтовать с установленными параметрами движения. До психотерапии эмоциональный «круиз-контроль» пациента может находиться в состоянии обсессивной бдительности, гиперстимулирующей тревоги и легкой паранойяльной настороженности. После терапии базовое аффективное состояние человека смещается: он становится более точен при поиске деталей, более вдумчив в высказываниях и немного более осторожен в движениях, но очень далек от своей прежней полупаранойяльной навязчивой одержимости. Пациент может почувствовать себя более комфортно, свободно и раскованно, чем до терапии, и окружающие его люди тоже отметят, насколько менее раздражительным он выглядит. Мы можем отметить и то, что другие люди оценивают результат психотерапии в основном по наблюдаемому ими аффективному состоянию. Имярек стал «более дружелюбным; теперь с ним можно разговаривать, он оказался намного приятнее!»

Такова функция аффективного состояния как *когнитивной* и *коммуникативной* системы. Аффективное состояние дает человеку сигнал о его психическом здоровье. Это постоянно работающая система самомониторинга, информирующая человека о том, что «все работает нормально», что он может расслабиться, реагировать и действовать спонтанно, без особых раздумий. Ощущение удовольствия и комфорта в этом состоянии будет порождаться тем обстоятельством, что Оно будет отдавать больше своих инстинктивных энергий — либидинозных и агрессивных — через множество доступных для Я каналов, особенно через сублимацию. Достижение положительных результатов лечения будет приводить к высвобождению энергии Оно, расширяя тем самым жизненный кругозор пациента и возможности удовлетворения и развития в областях, которые прежде были заблокированы. Утверждение «где было Оно, должно стать Я» в этом контексте означает, что большая часть Я по-прежнему остается телесным Я, продолжением Оно, а успешное лечение включает в себя *инстинктуализацию Я*, которая отвечает за приподнятый чувственный тон посттерапевтического состояния человека.

В данном случае я употребляю архаичное метафизическое понятие Оно, поскольку оно выражает желание удовлетворения от любви и от бытия с другими. Любовь должна овладеть и силой либидо, и силой агрессии. Все близкие отношения возбуждают обе эти силы, и именно одновременность их переживания блокируют рост и развитие. Люди теряются, когда обнаруживают, что ненавидят человека, которого любят. Практически все клинические переносы будут сталкиваться с этой базовой и парализующей амбивалентностью.

Амнезия после терапии

Некоторая посттерапевтическая амнезия по отношению к вербальному инсайту и выраженность аффективного состояния как формы когнитивной памяти являются причинами того, что инсайт часто недооценивается как фактор изменений, происходящих в процессе терапии. Акцент часто делается на «корригирующем эмоциональном переживании», которое отрабатывается в отношениях переноса. Я убежден, что эмоциональное переживание с терапевтом вносит огромный вклад в эмоциональное развитие пациента. Это часть «реальных» отношений. По-видимому, чем моложе пациент, тем более глубоким оказывается влияние терапии. При этом понимание, обретаемое посредством слов и через эмоциональной опыт, является чрезвычайно сильным фактором. Голос разума может быть тихим, но он настойчив.

Я считаю, что инсайт занимает более важное место в процессе психотерапии, чем в ее терапевтическом результате. Дети, которые прошли терапию, включая детей на латентной стадии развития, обычно имеют только смутные воспоминания о многолетнем процессе интенсивного лечения. Подростки могут вспомнить несколько больше, но не во всех подробностях, за исключением отдельных случаев и замечаний, которые на поверку оказываются сгущенными покрывающими воспоминаниями. Взрослые могут вспомнить больше, но, учитывая, что человек может проходить терапию пять раз в неделю в течение пяти лет, воспоминания эти чрезвычайно скуд-

ны. Однако большинство людей не испытывает никаких трудностей, связывая ощущаемый ими аффект с опытом лечения и с терапевтом. Этот аффективно насыщенный психический символ остается самым главным воспоминанием.

Судьба переноса

Бессознательное действительно существует вне времени. Когда возникшие после лечения конфликты вызывают невыносимую тревогу, мы можем обнаружить у бывшего пациента пробуждение активного осознания процесса привязанности–понимания–интеграции. Это было прекрасно показано катамнестическими исследованиями, которые были проведены спустя несколько лет после *удовлетворительного* психоанализа (Balkoura, 1974). Аналитики, проводившие оценку результатов лечения, среди которых не было лечивших терапевтов, наблюдали регрессивное восстановление невроза переноса. Например, одна женщина, ехавшая в метро на такую оценочную встречу, вновь ощутила появление тревожных симптомов и мыслей, которые много лет назад привели ее к терапевту. При общении в кабинете с неизвестным ей аналитиком ею овладели такие же сильные чувства, какие она испытывала в переносе на своего первого аналитика. После нескольких оценочных сеансов, вновь пройдя свой анализ в миниатюре, она пропустила через себя все мысли и переживания, которые позволили ей разрешить свои проблемы несколько лет назад. Многие из этих новых решений пришли между сеансами, показав ее способность к самоанализу.

Такое возвращение мыслей и конфликтов, особенно тех, которые были связаны с терапевтом, раскрывает *относительность* угасания клинического переноса на терапевта. На завершающей стадии происходит частичная потеря нереалистичных фантазий в отношении терапевта; пациент видит в нем именно того человека, каким тот на самом деле и является. В течение нескольких лет после лечения происходит сильное угасание переноса. Значительная часть его, по-видимому, сохраняется. Если

достигнуто бессознательное равенство между терапевтом и образами прошлого, то «подобное» стало «тем же самым». Любимый и любящий объект, добытый с таким трудом, не так легко отбросить. На завершающей стадии терапии это обстоятельство важно не упустить из виду. Нам не следует быть слишком требовательными, ожидая полного угасания направленных в нашу сторону чувств пациента. Точно так же и в будущем, консультируя пациента после завершения терапии, важно помнить, что у него все еще существуют сильные чувства. Хотя терапевты часто хотят видеть в бывших пациентах своих старых приятелей, такие установки могут попасть на чувствительную почву и иметь плачевные результаты. Опять же лучше всего идти вслед за природой, с уважением относясь к бессознательной навязчивости переноса. Здесь я хотел бы снова повторить: многие элементы переноса появляются с тем, чтобы пациент мог с ними совладать и рассмотреть их через призму реальности.

Круг замкнулся

Что может означать тот факт, что пациент в конечном итоге загоняет все свои воспоминания о лечении в чувства и аффекты? С точки зрения клинической практики это именно тот уровень переживаний, который в первую очередь побуждает человека обратиться к терапевту. Мы всегда ощущаем неловкость, когда человек входит к нам в кабинет и говорит: «Я пришел к вам, чтобы найти понимание» — или когда профессиональные психолог или психиатр говорит: «Я пришел к вам, чтобы понять процесс, научите меня этому, пожалуйста». О таких людях мы всегда думаем, что к нам их привела бессознательная боль. Мы хотим знать, «что болит», «что вам не нравится»; мы интуитивно аффективны в своем клиническом исследовании. Подавляющее большинство клинических жалоб звучит в виде аффективно заряженных заявлений: «Мне скучно», «Я подавлен и несчастен», «Я не получаю удовольствия от брака», «Я ненавижу свою работу» и т. д. В процессе лечения пациент хочет добиться именно изменения своего аффективного состояния, и оценка лечению будет дана исходя

из того, насколько оно изменяет аффективное состояние. Естественно, в аффекте отражается множество человеческих факторов, но именно через аффект люди оценивают свое отношение к ним.

Через аффект терапевт часто дает оценку протеканию терапевтического процесса, а также его результатам. Мы можем наблюдать, прояснять и интерпретировать и делать это чрезвычайно точно, и, возможно, пациент будет согласен. Однако если отсутствует аффективная реакция, мы обычно приходим к заключению, что пациент слушал в два уха, но не задействовал третье. Точно такой же тонкий процесс по отношению к аффекту происходит у терапевта. Пациент, чьей либидинозной и агрессивной природе мы дали раскрыться более полно, оказывает определенное воздействие на терапевта; терапевт, несмотря на все свое клиническое образование, которое по большей части носит концептуальный, формализованный характер, будет испытывать иные чувства к изменившемуся пациенту. Более того, по истечении нескольких лет терапевт забудет про свои ежедневные, еженедельные, ежемесячные и ежегодные психодинамические взаимодействия. Однако чувство к пациенту сохранится и будет иметь уникальный аффективный тон, характерный именно для этого пациента. Стоит только пациенту в состоянии регресса вернуться для консультации и оказать на терапевта свое особое эмоциональное воздействие, как воспоминания о прошлой терапии поднимутся на поверхность с поразительной скоростью.

Все это говорит о том, что коренные основы наших терапевтических взаимодействий по своей сути являются биологическими. Мы используем речь, понятия, фантазии, сновидения и множество терапевтических событий, которые можно наблюдать и описать. Однако физическое состояние человека преобладает в нашей работе, в ее процессе и результате. Аффект, который может удовлетворять нас напрямую или же за счет уменьшения напряжения, как в случае отреагирования, который несет и познавательную функцию, оповещая нас о состоянии нашей психики и жизни в целом, а также и уникальную социальную функцию, передавая состояние нашей души другим людям,— этот

аффект постоянно присутствует во время всего хода лечения. Это чисто физическое по своей природе явление, пронизывающее всю нашу жизнь, так тесно связано с нашим прошлым и настолько сильно по своему влиянию, что мы можем контролировать его проявления лишь до какой-то степени. Сила природы наиболее видна в непосредственности выражения аффекта. Искусный терапевт должен реагировать на это со всем должным уважением к тому, что неизменно, и к тому, на что можно каким-то образом повлиять. Терапевт, обучаясь жить с пациентом и понимать его природу, предоставляет ту же возможность и пациенту. В равной степени верно и обратное утверждение.

Послесловие научного редактора

При подготовке этой книги мне в очередной раз пришлось столкнуться с рядом проблем, которые часто встречаются при переводе психоаналитической литературы. Речь идет прежде всего об (1) использовании в рамках одной работы понятий «Я», «Оно» и «Сверх-Я» наряду с «Ид», «Эго» и «Супер-Эго», (2) переводе термина «self» и (3) корректности перевода на русский язык псевдонимов пациентов Фрейда Wolfsmann и Rattenmann.

По поводу первого пункта. Понятия «Я», «Оно» и «Сверх-Я» появились при переводе с немецкого языка введенных Фрейдом терминов «Es» (это понятие было заимствовано им у Гроддека), «Ich» и «Über-Ich». Во всех ранних и корректных современных переводах работ Фрейда мы никогда не встретим латинизированных терминов «Ид», «Эго» и «Супер-Эго». Действительно, они принадлежат не ему, а его английским переводчикам (в первую очередь Чарльзу Стрейчи и Джоан Ривьер). Этот шаг вызвал немало споров, и до сих пор даже среди англоязычных аналитиков продолжаются дискуссии по поводу правомерности введенных ими понятий вместо терминов Фрейда (см., в частности, интересную статью Марка Солмса, ответственного редактора «Пересмотренного стандартного издания полного собрания психологических трудов Фрейда», которое должно появиться в скором времени [Solms M. Controversies in Freud translation, Psychoanal. Hist., 1998, 1, H. 1, 28–43]). Как известно, расхождение основывается на общих различиях научного языка в двух культурах, поскольку в немецком языке принято обозначать научные факты с помощью житейских понятий, тогда как в английском предпочтение отдается неологизмам. Кроме того, Стрейчи придерживался философской традиции перевода, в которой, например, «Эго» уже задолго до него вошло в обиход как перевод термина «Я», и по аналогии он ввел также термины «Ид» и «Супер-Эго». Эти понятия (уже после

ранних изданий на русском языке сочинений Фрейда) утвердились — вслед за переводами работ англоязычных аналитиков и переводами с английского (?!) Фрейда — в нашей речи. Таким образом, хотя немецкоязычная традиция в этом смысле, несомненно, нам ближе, оба ряда понятий стали использоваться у нас, как, впрочем, в немецком, французском и испанском языках, в качестве синонимов: Я, Оно, Сверх-Я при переводах с немецкого и Ид, Эго, Супер-Эго — с английского.

Когда речь идет о переводах трудов немецкоязычных аналитиков (Фрейда, его соратников и современных), никаких проблем здесь возникать не должно, точно так же, как и при переводе работ англоязычных авторов. Однако они возникают, когда, например, в работе на английском языке встречаются цитаты из Фрейда. Многие русские переводчики идут по простому пути и, не задумываясь о корректности, приписывают Фрейду латинские термины, подобно тому как немецкие переводчики при переводе с английского часто предпочитают использовать исконные термины «Es», «Ich» и «Über-Ich». Такой подход едва ли можно считать приемлемым, поскольку в обоих случаях — даже если не принимать во внимание исторический аспект — теряются многие важные нюансы оригинального текста (например, обыгрывание терминов Фрейда немецкоязычными авторами или противопоставление «Эго» и «Я» у Шпица). Избежать этих затруднений проще всего, если оставаться в рамках терминологии, используемой тем или другим автором, но при цитировании трудов Фрейда все же применять введенные им понятия.

Гораздо сложнее обстоит дело с понятием «self». Для меня совершенно ясно, что нельзя использовать написание «сэлф», как это пытаются делать некоторые переводчики. К вырванному из контекста словосочетанию сэлф-психология, несмотря на все внутреннее сопротивление, еще, наверное, можно привыкнуть (в конце концов, это звучит не хуже, чем, например, Эго-психология), но другие понятия (фрагментированный (-ая, -ое?) сэлф, связный (-ая, -ое?) сэлф, телесный сэлф и т.д.) по-русски звучат нелепо и едва ли имеют право на существование. Другой часто встречающийся вариант перевода термина «self» — «Я» (и соответ-

ственно «психология Я» и т. д.), пожалуй, еще хуже, ибо сразу же возникает путаница с понятием «Я», введенным Фрейдом для обозначения одной из структур психического аппарата, и в результате появляются две совершенно противоположные психоаналитические теории, имеющие одинаковое название — «психология Я», которую разрабатывали Анна Фрейд и Гартманн, и «психология Я» Кохута. Вместе с тем, как известно, Кохут создал свою теорию в дополнение к Эго-психологии («...Задавая себе вопрос, нуждается ли психоанализ в self-психологии [назовем это пока так. — *А. Б.*] в дополнение к Эго-психологии, к структурной модели психики и к психологии влечений, мы можем сделать свой первый шаг к утвердительному ответу...»). И такая путаница возникает всегда, когда термин «Я», относящийся к личности в целом, употребляется наряду с термином «Я», обозначающим инстанцию в структурной модели психики (замена во втором случае «Я» на «Эго», в сущности, ничего не меняет, поскольку, как уже отмечалось, это синонимы). Единственный выход из ситуации — это ввести специальный термин, который должен отвечать ряду условий: отражать сущность вопроса, быть удобным для перевода в различных контекстах и соотноситься с позициями других авторов.

Наиболее удачным понятием для этого является, на мой взгляд, слово «самость» в написании со строчной буквы. В словаре В. И. Даля «самость» определяется как «подлинность, одноличность», то есть, по существу, оно обозначает ядро личности, индивидуальности и соответствует тому значению, которое вкладывают в это понятие разные авторы.

В качестве возражения часто приходится слышать, что термин «самость» зарезервирован за аналитической психологией Юнга, а потому является «неприкасаемым». Но в таком случае эти критики должны предъявить аналогичные упреки Гартманну, Кохуту, Шпицу, Шеферу, Якобсон, Лихтенбергу и многим другим авторам, не имеющим никакого отношения к аналитической психологии Юнга. Более того, в одном из наиболее авторитетных словарей по психоанализу (речь идет о «Психоаналитических терминах и понятиях» Файна и Мура) термин «самость» — self — отнесен и к теории Юнга, и к теории Кохута.

Аналогичные ссылки можно встретить и у других аналитиков. Безусловно, это может создавать путаницу, поскольку разные авторы вкладывают в это понятие свой смысл, но такова реальность.

Не менее веским аргументом в пользу введения термина «самость» является то, что без него невозможно правильно перевести многие слова, в которых слово «сам» является составной частью, и уж тем более невозможно передать то, что хотел сказать автор. Так, например, мы читаем у Шпица: «Это двойное происхождение [самости], нарциссическое и социальное, можно проследить во всех наших упоминаниях самости, например, самоуважение, самостоятельность, самомнение и т. д.» Здесь можно было бы перечислить также такие понятия, как самореализация, самосознание, самосохранение и многие другие, которые употребляются и обыгрываются многими аналитиками именно в этом контексте. Все это позволяет мне утверждать, что предлагаемый термин «самость», хотя и не лишен изъянов (все-таки в отличие от «self» и «das Selbst» он не является словом из обиходного языка), более других отвечает указанным выше требованиям.

И наконец, третья из указанных в самом начале проблем (проблема корректности перевода на русский язык псевдонимов пациентов Фрейда Wolfsmann и Rattenmann), собственно говоря, таковой для большинства переводчиков не является. Они, следуя давней традиции и особо не задумываясь о смысле, величают пациентов Фрейда «человеком-волком» и «человеком-крысой». Однако речь все же идет о псевдонимах, которые Фрейд дал этим пациентам, подчеркивая тем самым особенности их заболевания (разумеется, никакими волчьими или крысиными качествами они не обладали). При переводе на русский этих псевдонимов — если бы фамилии переводились — их можно было бы скорее назвать Волковым и Крысиным, что является эквивалентом немецких фамилий Вольфсманн и Раттенманн (по-немецки они все же звучат как Wolf**s**mann и Ratt**en**mann, а не Wolf-Mann и Rat-Mann), но никак не «человек-волк» и «человек-крыса». Но еще более важным, чем грамматические тонкости, является то, что уничижительные клички «Волк» и осо-

бенно «Крыса» противоречат подчеркнуто уважительному отношению Фрейда к своим пациентам. С удовлетворением можно отметить, что в последнее время все же наметилась тенденция к исправлению этой исторически возникшей ошибки, и некоторые отечественные аналитики разделяют высказанные здесь мнения (см., например, «Словарь-справочник по психоанализу» В. М. Лейбина).

А. М. Боковиков

Библиография

Aichhorn A. (1925). Wayward Youth. *New York: Viking Press, 1945.*

Asch S. (1982). Review of Psychoanalysis and the History of the Individual *by Hans Loewald.* Journal of the American Psychoanalytic Association *30:265–275.*

Auden W. H. (1969). The art of healing. In Epistle to a Godson and other Poems, *pp. 7–9. New York: Random House.*

Balint M. (1934). The final goal of psychoanalytic treatment. In Primary Love and Psychoanalytic Technique, *pp. 178–188. London: Liveright, 1965.*

Balint M. (1949). Changing therapeutical aims and techniques in psychoanalysis. In Primary Love and Psychoanalytic Technique, *pp. 209–223. London: Liveright, 1965.*

Balint M. (1952). New beginning and the paranoid and the depressive position. In Primary Love and Psychoanalytic Technique, *pp. 230–249. London: Liveright, 1965.*

Balint M. (1968). The Basic Fault. *New York: Brunner/Mazel, 1979.*

Balkoura A. (1974). Panel report: On the fate of the transference neurosis after analysis. Journal of the American Psychoanalytic Association *22:895–903.*

Barchilon J. (1958). On countertransference cures. Journal of the American Psychoanalytic Association *6:222–236.*

Berman L. (1949). Countertransference and attitudes of the analyst in the therapeutic process. Psychiatry *12:159–166.*

Bibring E. (1937). On the theory of the results of psychoanalysis. International Journal of Psycho-Analysis *18:170–189.*

Bibring E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. Journal of the American Psychoanalytic Association *2:745–770.*

Bibring G. (1936). A contribution to the subject of transference resistance. International Journal of Psycho-Analysis *17:181–189.*

Bird B. (1972). Notes on transference: universal phenomenon and hardest

part of analysis. Journal of the American Psychoanalytic Association *20:267–302.*

Blos P. (1984). Son and father. Journal of the American Psychoanalytic Association *32:301–324.*

Boyer B. and Giovacchini P. (1967). Psychoanalytic Treatment of Characterological and Schizophrenic Disorders. *New York: Science House.*

Brenner C. (1982). The Mind in Conflict. *New York: International Universities Press.*

Breuer J. and Freud S. (1893–1895). Studies on hysteria. Standard Edition *2:1–335.*

Burlingham D. and Freud A. (1942). Young Children in Wartime. *London: George Allen and Unwin.*

Eissler K. R. (1974). On some theoretical and technical problems regarding the payment of fees for psychoanalytic treatment. International Review of Psychoanalysis *1:73–102.*

Eliot T. S. (1943). Burnt Norton. In Four Quartets. *New York: Harcourt, Brace.*

Erikson E. (1950). Eight stages of man. In Childhood and Society, *pp. 219–234. New York: W. W. Norton.*

Fenichel O. (1937). Symposium on the theory of therapeutic results of psychoanalysis. In The Collected Papers of Otto Fenichel, *Second Series, pp. 19–24. New York: W. W. Norton, 1954.*

Ferenczi S. (1919). On the technique of psychoanalysis. In Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis, *pp. 177–188. London: Hogarth Press, 1969.*

Ferenczi S. (1927). The problem of the termination of the analysis. In Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis, *pp. 77–86. London: Hogarth Press, 1955.*

Ferenczi S. (1928). The elasticity of psychoanalytic technique. In Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis, *pp. 87–101. London: Hogarth Press, 1955.*

Ferenczi S. (1931). Child-analysis in the analysis of adults. In Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis, *pp. 126–142. London: Hogarth Press, 1955.*

Ferenczi S. and Rank O. (1923). A historical critical retrospect of incorrect methods in psychoanalytic technique. Chaps. 3 and 4 of The

Development of Psychoanalysis. *In* Sex in Psychoanalysis. *New York: Dover Publications, 1956.*

Freud S. (1900). The interpretation of dreams. Standard Edition *4:549–553.*

Freud S. (1904). On psychotherapy. In Collected Papers. *Vol. 1, pp. 249–263. Trans. Joan Riviere. New York: Basic Books, 1959.*

Freud S. (1909). Notes upon a case of obsessional neurosis. Standard Edition *10:153–318.*

Freud S. (1910a). The future prospects of psychoanalytic therapy. Standard Edition *11:141–151.*

Freud S. (1910b). Wild psychoanalysis. Standard Edition *11:219–227.*

Freud S. (1911). The handling of dream interpretation in psychoanalysis. Standard Edition *12:89–96.*

Freud S. (1912a). The dynamics of transference. Standard Edition *12:99–108.*

Freud S. (1912b). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. Standard Edition *12:109–120.*

Freud S. (1913). On beginning the treatment. Standard Edition *12: 121–144.*

Freud S. (1914). Remembering, repeating, and working through. Standard Edition *12:145–156.*

Freud S. (1915). Observations on transference love. Standard Edition *12:157–172.*

Freud S. (1917a). Mourning and melancholia. Standard Edition *14: 243–258.*

Freud S. (1917b). Introductory lectures on psychoanalysis. Standard Edition *16:243–476.*

Freud S. (1918). From the history of an infantile neurosis. Standard Edition *17:3–122.*

Freud S. (1919). Lines of advance in psychoanalytic therapy. Standard Edition *17:157–168.*

Freud S. (1920a). Beyond the pleasure principle. Standard Edition *18:7–64.*

Freud S. (1920b). Group psychology and the analysis of the ego. Standard Edition *18:67–143.*

Freud S. (1922). Two encyclopedia articles. Standard Edition *18:235–259.*

Freud S. (1923). Remarks on the theory and practice of dream interpretation. Standard Edition *19:109–121.*

Freud S. (1927). Humour. Standard Edition *21:159-166.*

Freud S. (1933). New introductory lectures on psychoanalysis. Standard Edition *22:5–182.*

Freud S. (1937a). Analysis terminable and interminable. Standard Edition *23:209–254.*

Freud S. (1937b). Constructions in analysis. Standard Edition *23:255–270.*

Friedman L. (1978). Trends in the psychoanalytic theory of treatment. Psychoanalytic Quarterly *47:524–567.*

Fromm-Reichmann F. (1950). Principles of Intensive Psychotherapy. *Chicago: University of Chicago Press.*

Gardner M. R. (1983). Self-Inquiry. *Boston: Atlantic-Little, Brown.*

Gitelson M. (1962). The curative factors in psychoanalysis. International Journal of Psycho-Analysis *43:194–234.*

Glover E. (1939). Common technical practices: a questionnaire research. In The Technique of Psychoanalysis, *pp. 261–350. New York: International Universities Press, 1955.*

Glover E. (1955). The Technique of Psychoanalysis. *New York: International Universities Press.*

Goldings H. J. (1978). Unpublished discussion of paper by Hansi Kennedy, "On the role of insight in child analysis". Scientific meeting of the Psychoanalytic Institute of New England, East, November 4, 1978.

Greenacre P. (1954). The role of transference: practical considerations in relation to psychoanalytic therapy. Journal of the American Psychoanalytic Association *2:671–684.*

Greenacre P. (1956). Re-evaluation of the process of working through. International Journal of Psycho-Analysis *37:439–444.*

Greenacre P. (1959). Certain technical problems in the transference relationship. Journal of the American Psychoanalytic Association *7:484–502.*

Greenson R. (1967). The Technique and Practice of Psychoanalysis. *Vol. 1. New York: International Universities Press.*

Greenson R. (1970). The exceptional position of the dream in psychoanalytic practice. Psychoanalytic Quarterly *39:519–549.*

Guntrip H. (1975). My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott. International Review of Psychoanalysis *2:145–156.*

Gutheil T. and Havens L. (1979). The therapeutic alliance: contemporary meanings and confusions. International Review of Psychoanalysis *6:467–482.*

Hartmann H. (1964). Essays on Ego Psychology. *New York: International Universities Press.*

Heimann P. (1950). On countertransference. International Journal of Psycho-Analysts *31:81–84.*

Hendrick I. (1942). The discussion of the "instinct to master". Psychoanalytic Quarterly *11:33–58.*

Jung C. G. (1961). Memories, Dreams, Reflections. *New York: Pantheon.*

Karme L. (1979). The analysis of a male patient by a female analyst: the problem of the negative Oedipal transference. International Journal of Psycho-Analysis *60:253–262.*

Kernberg O. F. (1971). Prognostic considerations regarding borderline personality organization. Journal of the American Psychoanalytic Association *19:595–635.*

Kernberg O. F. (1976). Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. Journal of the American Psychoanalytic Association *24:795–830.*

Kernberg O. F., Burnstein E., Appelbaum A., et al. (1972). Summary and conclusions: the psychotherapy research project of the Menninger Foundation. Bulletin of the Menninger Clinic *36:1–275.*

Klauber J. (1976). Some little-described elements of the psychoanalytic relationship and their therapeutic implications. International Review of Psychoanalysis *3:283–290.*

Kohut H. (1977). The Restoration of the Self. *New York International Universities Press.*

Kohut H. (1979). The two analyses of Mr Z. International Journal of Psycho-Analysis *60:3–27.*

Kramer S. (1979). The technical significance and application of Mahler's separation-individuation theory. Journal of the American Psychoanalytic Association *(Supplement) 27:241–262.*

Limentani A. (1977). Affects and the psychoanalytic situation. International Journal of Psycho-Analysis *58:171–182.*

Lipton S. (1977). The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the Rat Man. International Journal of Psycho-Analysis *58:255–273.*

Little M. (1951). Countertransference and the patient's responses to it. International Journal of Psycho-Analysis *32:32–40.*

Loewald H. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. International Journal of Psycho-Analysis *41:1–18.*

Mack-Brunswick R. (1928). A supplement to Freud's history of an infantile neurosis. International Journal of Psycho-Analysis *9:439–470.*

Matt D. Unpublished translation from the Yiddish, compiled from several sources and oral tradition.

Menninger K. A. and Holzman P. S. (1973). Theory of Psychoanalytic Technique, *2nd ed. New York: Basic Books.*

Modell A. H. (1976). The "holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association *24:285–308.*

Mogul K. (1982). Overview: the sex of the therapist. American Journal of Psychiatry *139:1–11.*

Nunberg H. (1926). The will to recovery. In Practice and Theory of Psychoanalysis. *Vol. 1, pp. 75–88. New York: International Universities Press, 1948.*

Nunberg H. (1928). Problems of therapy. In Practice and Theory of Psychoanalysis. *Vol. 1, pp. 105–119. New York: International Universities Press, 1948.*

Nunberg H. (1931). The synthetic function of the ego. In Practice and Theory of Psychoanalysis. *Vol. 1, pp. 120–136. New York International Universities Press, 1948.*

Orwell G. (1940). New words. In My Country Right or Left: Collected Essays, Journalism and Letters. *Vol. 2. New York:: Harcourt Brace Jovanovich, 1968.*

Reich W. (1933). Character Analysis. *New York: Noonday Press, 1949.*

Reider N. (1957). Transference psychosis. Journal of the Hillside Hospital *6:131–149.*

Reik T. (1937). Surprise and the Psychoanalyst. *New York: Dutton.*

Reik T. (1948). Listening with the Third Ear. *New York: Farrar, Straus & Cudaby.*

Richfield J. (1954). An analysis of the concept of insight. Psychoanalytic Quarterly *23:390–408.*

Roth S. (1968). The schizophrenic wallet. Psychiatric Opinion *5:38–41.*

Roth S. (1970). The seemingly ubiquitous depression following acute schizophrenic episodes. American Journal of Psychiatry *127:51–58.*

Sandler J. (1976). Countertransference and role responsiveness. International Review of Psychoanalysis *3:43–47.*

Sandler J., Holder A. and Dare C. (1970). Basic psychoanalytic concepts. IV. Countertransference. British Journal of Psychiatry *117:83–88.*

Searles H. F. (1949). The effort to drive the other person crazy – an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. In Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects, *pp. 254–283. New York: International Universities Press, 1965.*

Searles H. F. (1961a). The source of anxiety in paranoid schizophrenia. In Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects, *pp. 465–486. New York: International Universities Press, 1965.*

Searles H. F. (1961b). Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia. In Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects, *pp. 521–559. New York: International Universities Press, 1965.*

Searles H. F. (1965) Identity development m Edith Jacobson's "The Self and the Object World" In Countertransference and Related Subjects, *pp. 36–44. New York: International Universities Press, 1979.*

Searles H. F. (1975). The patient as therapist to his analyst. In Countertransference and Related Subjects, *pp. 380–459. New York: International Universities Press, 1979.*

Semrad E. V. (1966). Long-term therapy of schizophrenia. In Psychoneuroses and Schizophrenia, *ed. G. L. Usdin, pp. 155–173. Philadelphia: J. B. Lippincott.*

Semrad E. V. (1980). The Heart of a Therapist. *New York: Jason Aronson.*

Sharpe E. F. (1930). The technique of psychoanalysis: seven lectures. In The Collected Papers of Psychoanalysis, *pp. 9–106. New York: Brunner/Mazel, 1978.*

Sharpe E. F. (1937). Dream Analysis. *London: Hogarth Press.*

Sharpe E. F. (1947). The psychoanalyst. In The Collected Papers on Psychoanalysis, *pp. 109–124. New York: Brunner/Mazel, 1978.*

Sherwood M. (1969). The Logic of Explanation in Psychoanalysis. *New York: Academic Press.*

Spitz R. (1956). Transference the analytic setting and its prototype. International Journal of Psycho-Analysis *37:380–385.*

Stein M. H. (1981). The unobjectionable part of the transference. Journal of the American Psychoanalytic Association *29:869–892.*

Sterba R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. International Journal of Psycho-Analysis *15:117–126.*

Stone L. (1961). The Psychoanalytic Situation. *New York: International Universities Press.*

Strachey J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. International Journal of Psycho-Analysis *15:127–159.*

Sullivan H. S. (1954). The Psychiatric Interview. *New York: W. W. Norton.*

Sullivan H. S. (1962). Schizophrenia as a Human Process. *New York: W. W. Norton.*

Tarachow S. (1963). An Introduction to Psychotherapy. *New York: International Universities Press.*

Tartakoff H. H. (1981). Panel report on insight: clinical conceptualization. Journal of American Psychoanalysis *29:668–671.*

Valenstein A. (1983). Working through and resistance to change: insight and the action system. Journal of the American Psychoanalytic Association *(Supplement) 31:353–374.*

Vidal G. (1985). Remembering Italo Calvino. The New York Review of Books. *Vol. 32, no. 18, pp. 3–10.*

Weinshel E. M. (1971). The transference neurosis: a survey of the literature. Journal of the American Psychoanalytic Association *19:67–88.*

Weisman A. (1955) Silence in psychotherapy. Psychiatry *78:241–260.*

White R. W. (1963). Ego and reality in psychoanalytic theory. Psychological Issues, *Vol. 3. New York: International Universities Press.*

Winnicott D. W. (1947). Hate in the countertransference. In Collected Papers, *pp. 194–203. London: Tavistock Publications, 1958.*

Winnicott D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. International Journal of Psycho-Analysis *34:89–97.*

Winnicott D. W. (1954). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up. In Collected Papers, *pp. 278–294. London: Tavistock Publications, 1958.*

Winnicott D. W. (1955). Clinical varieties of transference. In Collected Papers, *pp. 295–299. London: Tavistock Publications, 1958.*

Winnicott D. W. (1958). The capacity to be alone. In The Maturational Processes and the Facilitating Environment, *pp. 29–36. New York: International Universities Press, 1965.*

Winnicott D. W. (1960). Countertransference. In The Maturational Processes and the Facilitating Environment, *pp. 158–165. New York: International Universities Press, 1965.*

Winnicott D. W. (1962). The aims of psycho-analytical treatment. In The Maturational Processes and the Facilitating Environment, *pp. 166–170. New York: International Universities Press, 1965.*

Zetzel E. R. (1949). Anxiety and the capacity to bear it. In The Capacity for Emotional Growth, *ed. E. R. Zetzel, pp. 33–52. New York: International Universities Press, 1970.*

Zetzel E. R. (1958). Therapeutic alliance in the analysis of hysteria. In The Capacity for Emotional Growth, *ed. E. R. Zetzel, pp. 182–196. New York: International Universities Press, 1970.*

Zetzel E. R. (1965). On the incapacity to bear depression. In The Capacity for Emotional Growth, *ed. E. R. Zetzel, pp. 82–114. New York: International Universities Press, 1970.*

Zetzel E. R. (1966). The doctor–patient relationship in psychiatry. In The Capacity for Emotional Growth, *ed. E. R. Zetzel, pp. 139–155. New York: International Universities Press, 1970.*

Zetzel E. R. (1971). A developmental approach to the borderline patient. American Journal of Psychiatry *127:867–871.*

Именной указатель

Предметный указатель

Научное издание

Серия
«Современная психотерапия»

Шелдон Роут
Психотерапия: Искусство постигать природу

Редактор — *О. В. Шапошникова*
Оформление серии — *В. С. Серафимович*
Обложка — *А. Пожарский*
Компьютерная верстка — *А. Пожарский*
Корректор — *Т. Коломийченко, О. Гаврильченко*

ИД № 05006 от 07.06.01

Сдано в набор 03.03.02. Подписано в печать 06.04.02
Формат 84×108/32 . Бумага офсетная №1.
Гарнитура NewBaskerville. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 12,87. Уч.-изд. л. 15,72. Тираж 4000. Заказ .

Издательство «Когито-Центр»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13
тел.: (095) 216-3604, (095) 282-0100
E-mal: visu@psychol.ras.ru http://www.cogito.msk.ru

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.